ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires



المملكة المغربية
ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ

وزارة الصحة
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⴷⵓⵙⵉ

مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة
ⵉⵙⴳⵏⴰⵥⵏ ⴷ ⵉⵏⵉⵏⵏⵉⵜⵏ ⵉⵜⵜⵎⴰⵜⵜⴰⵢⵏ

MANUEL
DE FORMATION EN GESTION DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE

www.ispits.net

Novembre 2014







ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires



المملكة المغربية
ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
وزارة الصحة
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⴷⵓⵙⵉ

مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة
ⵉⵙⴳⵏⴰⵣⵏ ⴷ ⵉⵏⵉⵏⵏⵉⵜⵏ ⵉⵜⵜⵎⴰⵜⵜⴰⵢⵏ

MANUEL
DE FORMATION EN GESTION DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE

Novembre 2014









Préface

L'avènement du 21e siècle a marqué un regain d'intérêt vers la politique des Soins de Santé Primaires (SSP). Le rapport de l'OMS en 2008 intitulé «Les SSP maintenant plus que jamais» en témoigne. Les pays du monde sont de plus en plus convaincus de l'importance de la promotion des SSP comme politique d'amélioration de l'état de santé et des performances des systèmes de santé.

Les SSP fondés sur les principes d'accès universel, d'équité et de justice sociale constituent donc une réponse essentielle aux défis sanitaires d'un environnement en perpétuelle évolution et aux attentes et besoins croissants de la population en termes de santé et de soins.

Le Maroc, signataire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires, a inscrit la stratégie des SSP parmi les priorités de l'action gouvernementale en matière de santé. En effet, les projets s'articulant autour des SSP contribuent à l'amélioration de la couverture sanitaire aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, à la standardisation des modes de couverture et à la restructuration des programmes sanitaires. Le niveau de performance enregistré par les activités des ESSP est la traduction de ces efforts.

La réforme des SSP cible plusieurs dimensions, notamment l'accessibilité des soins de meilleure qualité avec réduction des disparités sociales en matière de santé; l'amélioration des politiques publiques en favorisant une plus grande implication effective de la communauté; le renforcement de l'organisation dans le cadre des réformes administratives dont la contractualisation, la participation des collectivités locales et le partenariat public-privé.

C'est dans le cadre de cette réforme des Soins de Santé Primaires, lancée par le Ministère de la Santé, que des activités d'appui technique et d'accompagnement aux provinces et régions sanitaires en termes de gestion de la Circonscription Sanitaire sont mises en place par la DHSA.

Ainsi, dans le but de renforcer la place de la Circonscription Sanitaire et pour lui permettre de jouer pleinement son rôle de porte d'entrée et d'élément-clé dans un système de Soins de Santé Primaires, la formation en gestion des équipes opérant au niveau de ces Circonscriptions Sanitaires est un préalable pour que les services puissent fonctionner à l'optimum et fournir des soins de qualité qui répondent mieux aux besoins de la population et qui valorisent les prestataires. C'est dans cette perspective qu'un manuel de formation en gestion de la CS a été élaboré en 2004.

Néanmoins, le contexte actuel a subi des transitions démographique, sanitaire, épidémiologique et sociale, qui ont engendré des modifications considérables des besoins de la population en termes de santé. L'actualisation du manuel de formation en gestion de la Circonscription Sanitaire s'avère donc nécessaire pour l'adapter aux nouveaux besoins des gestionnaires.

L'actualisation de ce manuel de formation en gestion de la CS a été réalisée par une équipe de cadres du niveau central, du niveau régional, du niveau provincial et des instituts de formation (ENSP et ISPITS). Nous profitons de cette occasion pour féliciter les équipes de rédaction et de lecture de ce document pour l'effort fourni et la qualité du contenu du manuel qui va sans doute servir de référence pour les professionnels de santé opérant au niveau des ESSP.

De même, nous remercions vivement l'Association Medicus Mundi Andalucia pour sa contribution et son appui à la réalisation de ce travail.

Dr A. Boudak
Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

Equipe de rédaction composée des cadres suivants :

- **Dr Hafid Hachri**, Chef de la Division des Soins Ambulatoires, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.
- **D^{r} El Hassan Ouanaim**, Chef du Service de la Couverture Sanitaire et de l'Intégration des Activités, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.
- **Dr Choukri El Manjra**, Cadre à la Division des Soins Ambulatoires, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.
- **Dr Aziz Yahya**, Enseignant Chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique.
- **Dr Mouwafaq Safwane,** Enseignant Chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique.
- **Dr Mouad Merabet**, Responsable du Service Santé Publique et Surveillance Epidémiologique, région de Taza-Al Hoceima-Taounate.
- **Dr Mustapha Maassoumi**, Directeur de l'ISPITS (Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé) d'Al Hoceima.
- **Dr Mohammed Noureddine Benlaaribia**, Délégué du Ministère de la Santé dans la province de Nador.
- **Dr Malika Ramdani**, Médecin Chef du SIAAP de la province d'Oujda.
- **Dr Abdennor Boulaich**, Médecin Chef du SIAAP de la province de Tétouan.
- **Dr Abdelhakim Moustaid**, Médecin Chef du SIAAP de la province de Safi.
- **Dr Noureddine Zenasni**, Responsable de la Cellule Epidémiologique Provinciale de Berkane.
- **Mr Mohammed Chakht**, Animateur de programme sanitaire au SIAAP de la province de Taza.

Comité de lecture :

- Dr H. Hachri
- Dr H. Ouanaim
- Dr M. Hillali
- Dr A. Lakhal
- Dr M.H. Trabelssi
- Dr I. Afifi
- Dr C. El Manjra
- Dr A. Yahya
- Dr M. Safwane

Liste des abréviations

AQ	Assurance Qualité
BCH	Bureau Communal d'Hygiène
BL	Bon de Livraison
BMH	Bureau Municipal d'Hygiène
CC	Consultation Curative
CDTMR	Centre de Dépistage et de Traitement des Maladies Respiratoires
CS	Centre de Santé
C/S	Circonscription Sanitaire
CSA	Centre de Santé avec module d'Accouchement
CSC	Centre de Santé Communal
CSCA	Centre de Santé Communal avec module d'Accouchement
CSU	Centre de Santé Urbain
CSUA	Centre de Santé Urbain avec module d'Accouchement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHP	Centre Hospitalier Provincial
DCI	Dénomination Commune Internationale
DPS	Délégation Provinciale de la Santé
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FIFO	First In First Out
GO	Gynécologie Obstétrique
HL	Hôpital Local
IEC	Information Education Communication
ISPITS	Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de la Santé
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

DR	Dispensaire Rural
ESSP	Etablissement de Soins de Santé Primaires
FFOM	Force Faiblesse Opportunité Menace
MA	Maison d'Accouchement
M/C	Médecin Chef
MG	Médecin Généraliste
MPC	Malnutrition Protéino Calorique
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisme Non Gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
OS	Offre de Soins
PA	Plan d'Action
PF	Planification Familiale
PMAD	Paquet Minimum d'Activités de Droit
RESSB	Réseau des Etablissements de Soins de Santé de Base
RH	Ressources Humaines
RISUM	Réseau Intégré des Soins d'Urgences Médicales
SAE	Service Administratif et Economique
SAMU-OR	Service d'Assistance Médicale d'Urgence Obstétricale Rurale
SIAAP	Service de l'Infrastructure d'Actions Ambulatoires Provincial
SI	Système d'Information
SMUR	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation
SNTL	Société Nationale de Transport et de Logistique
SSP	Soins de Santé Primaires
TB	Tableau de Bord
UMP	Urgence Médicale de Proximité
VTT	Véhicule Tout Terrain

PLAN

Chapitre I :

La Circonscription Sanitaire (C/S) dans le système de santé

Objectif général

Situer la place et le rôle de la C/S dans le système de santé.

Objectifs spécifiques

- Se familiariser avec les principaux concepts de santé publique et des soins de santé primaires (SSP).
- Connaître les liens de la C/S avec les différentes composantes du système national de santé.
- Connaître la mission, les fonctions et les attributions des ESSP au niveau de la C/S.

A. Définition des concepts

1. La Santé

La santé est considérée comme une absence de maladie ou d'atteinte à l'intégrité physique (dans cette définition la santé est axée sur l'organique).

Selon l'OMS, en 1949, la santé est définie comme étant «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité».

La définition de l'OMS est trop large et irréalisable, et l'aspect «bien-être» n'est pas mesurable, selon Evans et Stoddart (1991) ; par contre, l'aspect négatif de la santé est mesurable. Elle met sur un pied d'égalité les aspects physiques, psychologiques et sociaux.

2. Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations.

L'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs :

- les facteurs biologiques,
- les habitudes de vie,
- les conditions environnementales
- l'organisation du système de soins.



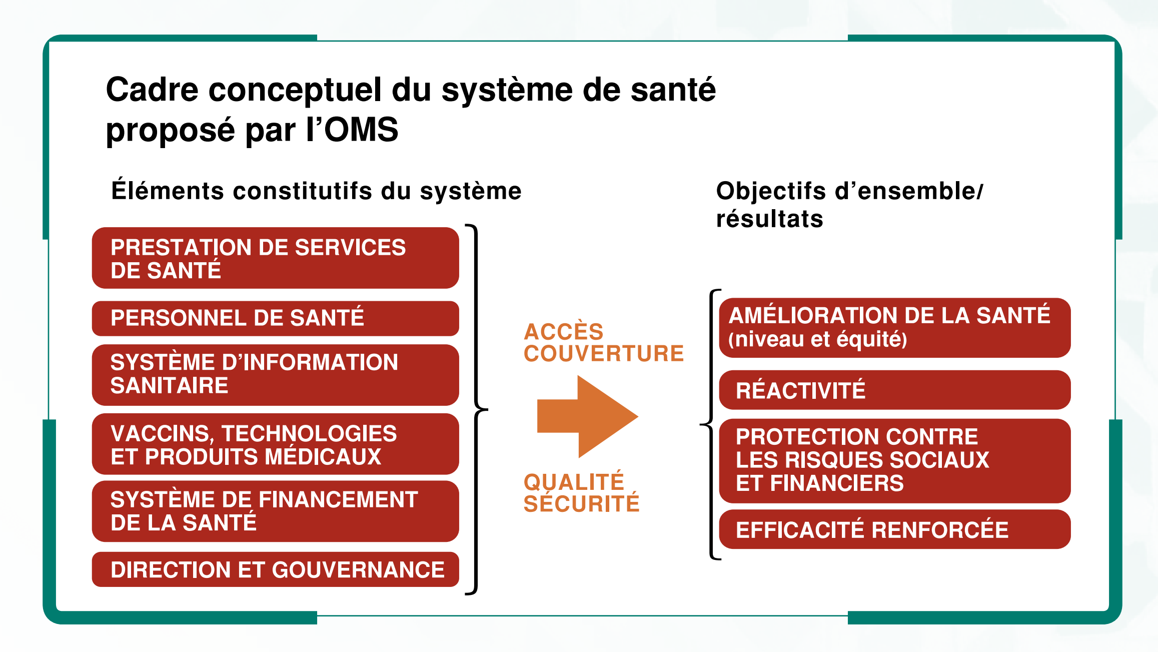
Dahlgren, G. (1995) European Health Policy Conference : Opportunities for the Future. Vol. 11 – Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

3. Le système de santé

Selon l'OMS, le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Ces éléments sont représentés par :

- les communautés, les familles, les individus dans leur environnement social ;
- les prestataires de soins (modernes/traditionnel, gouvernement/ONG/secteur privé…) ;
- l'administration sanitaire ;
- les agences de financement, les agences de régulation (gouvernementales, ONG, privées, internationales).

Objectifs/fonctions d'un système de santé (OMS)



4. Système de l'offre de soins

Le système de soins correspond à un ensemble de ressources physiques (équipements, établissements, matériels), humaines (personnels) et cognitives (connaissances et techniques) structuré en vue de fournir des services et des biens à la population afin d'améliorer son état de santé.

5. Le Système Intégré des Services de Santé (SSI)

Il se caractérise par :

- l'absence de "trous" dans la couverture des problèmes de santé, ce qui n'est pas fait au centre de santé doit être fait à l'hôpital et vice-versa ;
- l'absence de chevauchement des fonctions du centre de santé et celles de l'hôpital.

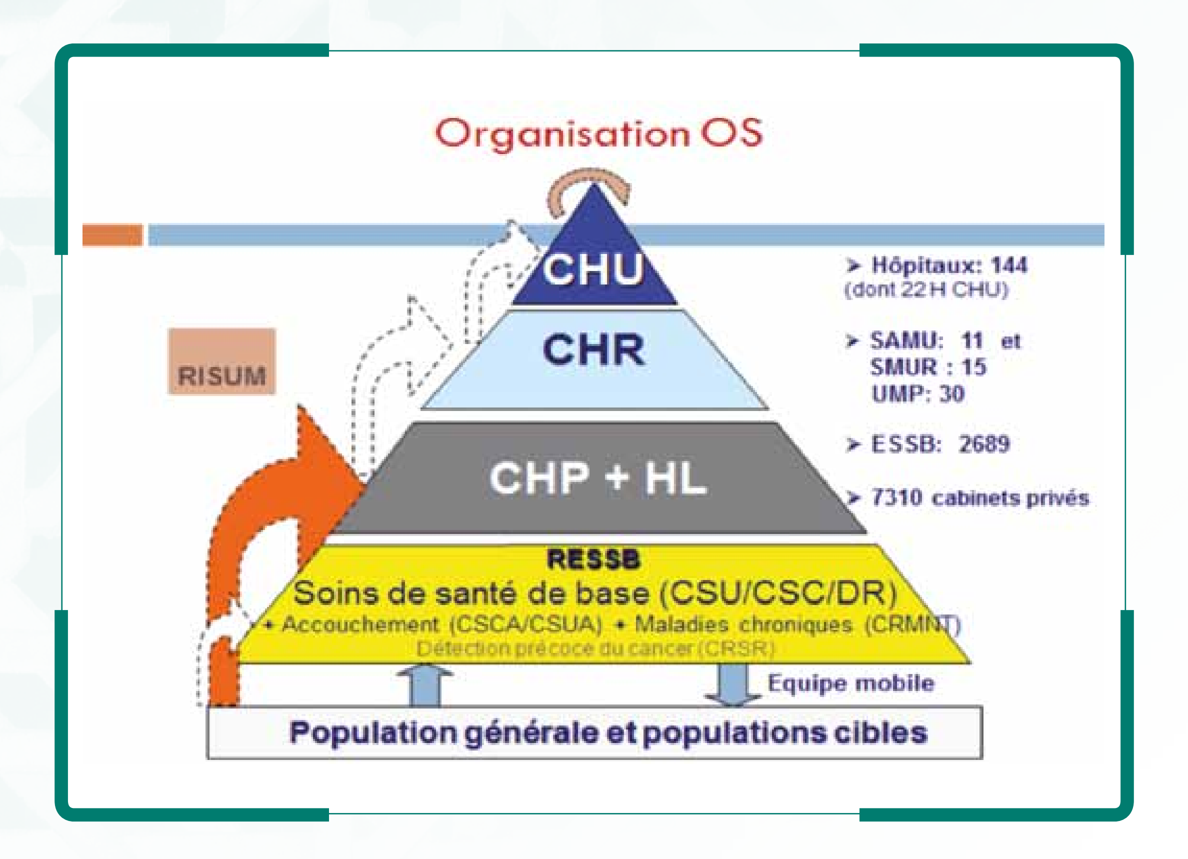
6. Le Système National de Santé (SNS) (loi-cadre n° 34-09)

Il se définit comme étant l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières des institutions et des activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population.

Les principes fondamentaux de ce système concourent essentiellement à :

- allonger l'espérance de vie en bonne santé du citoyen ;
- améliorer la qualité de son existence, pour permettre son implication active dans le développement économique et social ;
- favoriser un développement sanitaire harmonieux et intégré dans tout le pays.

L'offre de soins est organisée sous forme de pyramide :



7. La santé publique

Selon l'OMS, la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

- assainir le milieu ;
- lutter contre les maladies ;
- enseigner les règles d'hygiène personnelle ;
- organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et d'un traitement préventif des maladies ;
- mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé.

Il existe plusieurs approches en santé publique :

Approche verticale par problème de santé :

Le problème de santé est identifié, et les services sont organisés pour utiliser les méthodes propres à résoudre ce problème.

Approche horizontale par méthode ou par service :

Organiser un service pour répondre aux divers problèmes de santé pour lesquels il est mis en place.

Approche pluridisciplinaire de la santé publique :

- Santé environnementale, santé professionnelle, santé mentale.
- Education à la santé, organisation des soins de santé, nutrition.
- Sciences sociales telles que l'anthropologie, la sociologie, l'éthique.
- Surveillance épidémiologique, économie, information, formation.
- Gestion, management, démographie, etc.

Approche multisectorielle :

- Logements insalubres et les conséquences sanitaires.
- Pollution de l'air, de l'eau, des aliments.
- IST/Sida, prostitution des jeunes, violence, délinquance.
- Tabac, alcool, drogue.
- AVP, accidents à domicile, accidents professionnels…
- Sous-alimentation MPC, infantile en particulier (infection/ MPC).
- Projets d'irrigation mal conçus (gîtes larvaires).
- Conditions de travail et leurs conséquences.
- Urbanisme, bruits, promiscuité, (problèmes de stress).
- Personnes âgées et leur insertion dans la société.
- …

Approche genre :

- Constitution marocaine (2011) : titre III, Libertés et droits fondamentaux : «… L'État œuvre à la réalisation de la parité entre les hommes et les femmes.
  Il est créé, à cet effet, une autorité pour la parité et la lutte contre toutes formes de discrimination…».
- Loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins :
  Titre premier du système de santé, chapitre premier relatif à la responsabilité de l'État dans la réalisation des objectifs et des principes du système de santé, article 2 : «… L'adoption de l'approche genre en matière de service de santé…».

Approche droit (Constitution de 2011) et article 34 :

Ces approches sont la base de la planification sanitaire.

Les Soins de Santé Primaires (SSP) :

Selon la conférence d'Alma Ata en 1978, Les SSP sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) reposant sur des méthodes, des techniques et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous, avec la pleine participation de la communauté et à coût supportable par le pays.

B. La place de la Circonscription Sanitaire dans le système de santé

1. Définition de la Circonscription Sanitaire (C/S)

La Circonscription Sanitaire représente le territoire de base dans le découpage sanitaire pour la planification de l'offre de soins et la mise en œuvre des stratégies, des programmes et plans d'actions sanitaires.

La Circonscription Sanitaire est l'aire géographique où tout le paquet des prestations de soins de santé primaires doit être disponible.

Ce paquet comprend les activités requises de prévention, de promotion de la santé et des modes de vie sains et les soins liés à l'accouchement, aux urgences de proximité et à la médecine générale prodigués par l'ensemble des établissements de santé publics et privés relevant du ressort territorial de la Circonscription Sanitaire. En matière de couverture sanitaire, la responsabilité territoriale d'une C/S correspond à celle d'un cercle en milieu rural et à celle d'une commune urbaine en milieu urbain.

2. Définition du centre de santé

Le centre de santé est un établissement de soins de santé de base qui dessert un secteur de la C/S dont la spécificité est d'être le point d'interaction entre le service et une communauté définie à qui il fournit des soins de santé de base. Il ne se définit pas uniquement selon ses composantes techniques, mais aussi selon ses capacités à établir des relations humaines avec la communauté en question. Pour ce, il doit créer le maximum d'opportunités, d'accessibilités psychologique, culturelle et physique.

Ainsi le centre de santé comprend deux responsabilités : populationnelle et territoriale.

- ***La responsabilité populationnelle***

C'est une responsabilité de prise en charge de la population de l'aire de desserte du centre de santé.

- ***La responsabilité territoriale***

C'est une responsabilité de couverture, dont la connaissance des caractéristiques est obligatoire.

C. Les relations du centre de santé avec son environnement

Si dans une communauté le centre de santé joue le premier rôle dans la promotion de la santé de la population dont il est responsable, d'autres acteurs peuvent intervenir pour contribuer à rehausser le niveau de santé de cette communauté.

Il revient au centre de santé d'identifier les potentialités pour établir des relations avec les différents intervenants.

Les relations avec les différentes structures peuvent être :

- opérationnelles (cheminement du patient) ;
- administratives (planification, coordination, gestion) ;
- techniques (évaluation, formation, supervision, etc.) ;
- de coopération et de soutien.

L'intérêt d'analyser ces relations, c'est surtout de voir dans quelle mesure on peut associer ces différentes structures en vue de faciliter l'organisation des soins pour la population ou d'identifier d'éventuels freins à la réalisation de certaines fonctions.



Chapitre II :

Méthodes et outils en planification sanitaire

Objectif général

Renforcer les compétences des professionnels de santé des C/S en matière de méthodes et d'outils de planification.

Objectifs spécifiques

- Identifier et analyser les problèmes de santé et les dysfonctionnements au niveau du territoire de la C/S en utilisant des méthodes d'analyse appropriées.
- Réaliser un diagnostic communautaire.
- Prioriser les problèmes de santé et les dysfonctionnements à l'aide de matrices de priorisation.
- Fixer des objectifs et élaborer des plans d'action.

A. Introduction

La planification de la santé connaît de multiples définitions, variables selon les acteurs qui y sont impliqués. Elles peuvent aussi bien signifier un processus d'action en santé publique qu'une méthode de résolution de problèmes ou qu'un moyen de régulation ou de maîtrise des dépenses.

La planification est l'une des quatre fonctions classiques du processus de la gestion : Planification Organisation Direction Contrôle (PODC).

La planification fournit l'aide à la prise de décision. C'est un processus dynamique tourné vers l'action, le changement et le futur.

La planification exige des habiletés multiples :

- **techniques :** analyse, projection, conception d'intervention, résolution de problèmes, budgétisation, évaluation… ;
- **politiques :** reconnaissance des enjeux, des rapports de force, des enjeux de pouvoir ;
- **de négociation :** recherche d'un accord centré sur des intérêts ou des enjeux quantifiables entre deux ou plusieurs interlocuteurs ;
- **de communication :** moyens et techniques permettant la diffusion d'un ou de plusieurs messages.

B. Définition de concepts en planification sanitaire

1. Définition de la planification

La planification sanitaire est «un processus continue de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorités établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, connues actuellement ou prévisibles dans le futur» (Pineault & Daveluy, 1988).

2. Questions fondamentales pour le planificateur

- De quoi s'agit-il ? Quel est le problème qui dérange et auquel on veut répondre ?
- Quelle est la situation qu'on veut changer ?
- Quel est le cap ? Quel est l'objectif ?
- Par quels moyens ? Par quelle stratégie ?
- Comment y arriver ? Quelles activités entreprendre et quelles ressources ?
- Quand le faire ?
- Comment s'assurer que les activités décidées ont-ils été entreprises (quantité, qualité, temps, ressources…), les objectifs fixés ont été atteints ? La problématique qu'on voulait résoudre ou changer a-t-elle effectivement changé ?

Un planificateur efficace doit être un bon technicien, fondant sa crédibilité sur son expertise et sa compétence technique, et également un bon stratège qui comprend, intègre et manipule le contexte sociopolitique de la planification.

3. Quelques approches de planification

Les approches de planification sont conçues pour permettre l'adaptation de l'outil de planification au contexte et au domaine étudié :

- **La planification opérationnelle** met en œuvre des choix et programmes d'action, qui sont les résultats des approches précédentes; c'est le court terme : déroulement, exécution et suivi des activités.
- **L'approche tactique ou structurelle** s'occupe de l'agencement, de l'organisation et de l'encadrement des activités et des ressources ; elle vise le moyen terme et répond aux questions : avec quels moyens ? et selon quel agencement ?
- **L'approche normative (ou politique)** trace les grandes orientations à suivre, s'inspire des valeurs de la société ou les propose comme objectifs de changement ; elle vise le long terme.
- **L'approche stratégique** décide des priorités d'action et des choix entre les différentes orientations qui seront prises dans le futur ; elle vise le long terme et répond aux questions : quoi faire et pourquoi ?

C. Le processus de planification

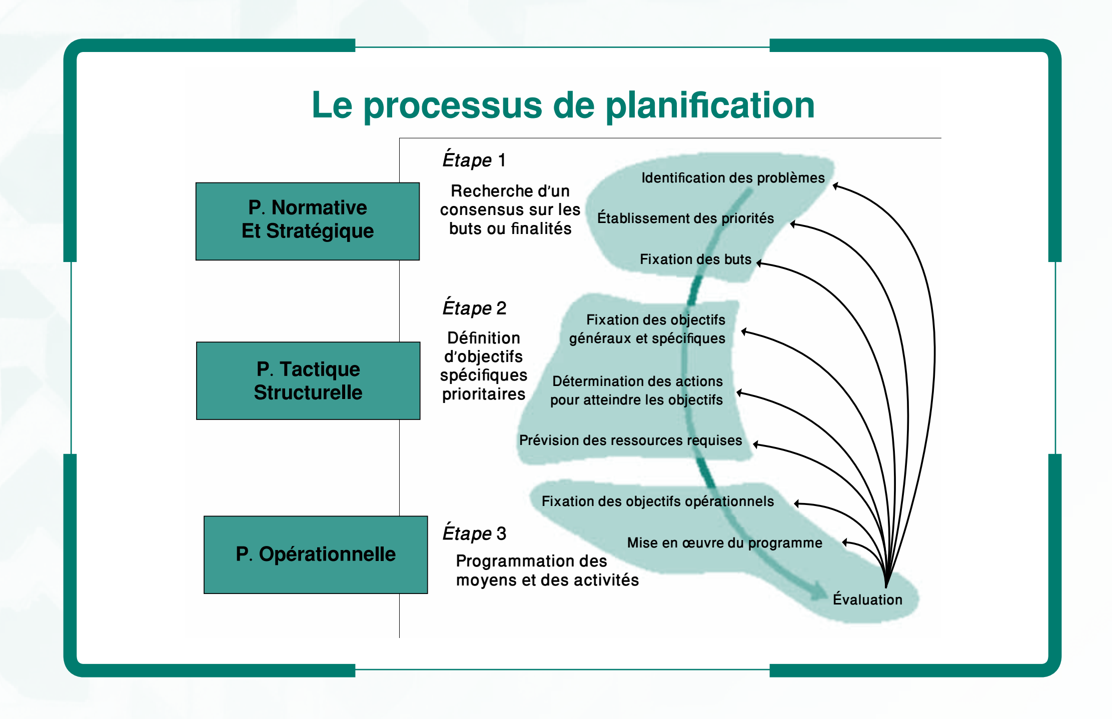
La planification est d'abord un processus d'aide à la décision qui peut être découpé en trois étapes :

- **La première étape** est la recherche d'un consensus sur les buts ou finalités, par exemple : diminuer la mortalité maternelle et néonatale.
- **La seconde étape** est la définition d'objectifs spécifiques prioritaires. Cette étape implique l'identification des problèmes de santé et de leurs déterminants, les personnes concernées (populations cibles), la localisation géographique (nationale, régionale, communale, etc.).
- **La troisième étape** est la programmation des moyens et des activités nécessaires à la réalisation des objectifs. Elle doit définir le calendrier et les conditions permettant la mise en œuvre des actions décidées (s'attaquer notamment aux obstacles) et évaluer les actions en termes de procédures et de résultats.

Ces étapes sont **interdépendantes, constituant une démarche** comparée à un entonnoir : du général au plus spécifique.

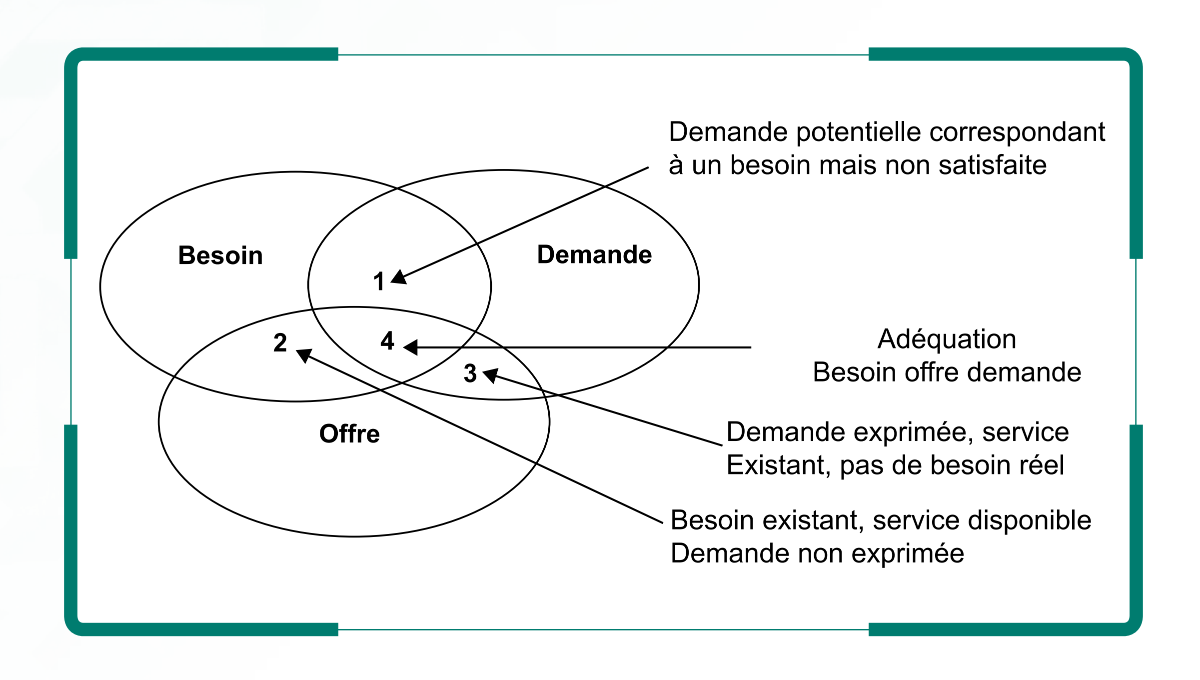
La planification est ensuite un processus de concertation sociale qui implique la reconnaissance des acteurs-clés et de leur(s) intérêt(s) respectif(s) puis l'organisation d'un débat démocratique à la recherche de consensus sur les objectifs, les priorités et les actions.

Il faut alors chercher une cohérence dans la stratégie des acteurs. Grâce à ce consensus, la planification peut aboutir au changement de la situation existante vers une meilleure réponse à des besoins. Ce processus est représenté par le schéma suivant :



D. Outils de collecte et d'analyse des données

L'identification des besoins de la population constitue le point de départ d'un exercice de planification, «le besoin étant la traduction, par le professionnel, de la demande ou de la plainte de la population». C'est aussi le passage, la conversion ou la traduction du «problème de santé» mesuré par un indicateur (direct ou indirect) en «besoin de santé». D'où la nécessité d'une approche multidisciplinaire et participative où le rôle joué par le planificateur est primordial dans la mesure où il sera capable d'uniformiser l'information et la structurer.



Il existe deux approches complémentaires pour collecter et analyser les données :

- approche populationnelle : diagnostic communautaire, aboutit à l'identification des besoins et des problèmes de la communauté ;
- approche organisationnelle : analyse systémique de la C/S, aboutit à l'identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la C/S (SWOT analysis).

1. Diagnostic communautaire

1.1. Etape de la collecte et de l'analyse des données

Le recueil des données peut se faire selon différentes approches :

- **Renseignements sociodémographiques :** identifier les variables semblant liées à la consommation actuelle de soins (âge, condition sociale, morbidité…) puis déterminer les niveaux prévisibles de consommation de soins considérés comme reflétant les niveaux des besoins en santé de la population.
- **Consultation d'informateurs-clefs :** les professionnels de santé, les usagers du système de soins (enquête en population générale, enquête auprès de patients hospitalisés ou consultation de représentants associatifs), les administratifs du secteur sanitaire.
- **Enquêtes spécifiques** par le recueil spécifique d'indicateurs non disponibles en routine. Ces indicateurs peuvent être recueillis de manière rétrospective (dossiers des patients, caractéristiques des séjours hospitaliers…) ou prospective. Ces méthodes peuvent permettre d'approcher les besoins ressentis non ou mal satisfaits.
- **Estimation de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle :** cette méthode tente d'identifier les besoins de soins pour une période future ou pour une autre zone géographique. Elle permet d'identifier des besoins non ou mal satisfaits à travers les «dysfonctionnements» de l'utilisation actuelle des services (l'analyse des taux de fuite ou d'attractivité, des temps d'attente en consultation curative ou encore des délais d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation).
- **Réalisation de normes et de guides** des bonnes pratiques à partir des prévalences et des incidences moyennes observées au niveau national et à partir des recommandations officielles de prise en charge (sociétés savantes, littérature internationale).

La combinaison de ces différentes approches peut permettre de poser le diagnostic de l'état des lieux et d'identifier les besoins en santé.

Cette étape consiste dans la collecte de données sous forme d'indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs qui vont permettre de définir et de décrire la localité et ses besoins sanitaires. Pour cela, **il faut répondre à 3 grandes questions** :

- **quelles sont les principales caractéristiques de la population ?**
- **quelle est l'offre de soins à l'heure actuelle ?**
- **quelle est la situation sanitaire de la population ?**

a. Les caractéristiques de la population

- Données géographiques et climatiques : superficie, densité, limites administratives, risques naturels, etc.
- Environnement : pollution, assainissement, logement, moyens de transport, événements et festivités, etc.
- Données démographiques : population générale, sexe-ratio, répartition de la population par tranche d'âge, populations-cibles, taux d'accroissement démographique, taux de natalité, répartition de la population par rayon kilométrique, flux migratoire, etc.
- Données socio-économiques : taux de chômage, taux de pauvreté, revenu moyen, niveau de scolarité, taux d'alphabétisation, etc.
- Données communautaires : identification des ONG nationales et internationales qui œuvrent au niveau local, nombre de partenariats établis, nombre de conventions, expériences antérieures.

b. Offre de soins

- Infrastructures : nombre d'habitant / ESSP.
- Ressources humaines : nombre d'habitants / médecin, nombre de naissances attendues / sage-femme, nombre d'habitants / infirmier, etc.
- Equipements : échographes, mini-analyseurs, autoclaves, tables chauffantes, sources d'oxygène, lits dans les maisons d'accouchements, etc.
- Médicaments.
- Patrimoine.
- Moyens de mobilité : ambulances.

c. État de santé de la population

- Données sur la mortalité: mortalité en fonction de l'âge, mortalité maternelle, mortalité néonatale en fonction de l'âge, du sexe et des causes du décès.
- Données sur la morbidité : incidences et prévalences des maladies.
- Données sur les comportements et les modes de vie : alimentation, activité physique, habitudes toxiques, la vie sexuelle, etc.
- Données sur l'incapacité et l'invalidité.

Ces informations peuvent être obtenues auprès de 3 principales sources :

- le système d'information sanitaire de routine : différents supports d'information des structures sanitaires : registres et rapports des différents programmes ;
- le système d'information sanitaire «non-routine» incluant en particulier les enquêtes par échantillonnage et les recensements ;

- le système d'information « EXTRA SANTE », sous-système d'information permettant de disposer de données relatives à la démographie, l'économie, la nutrition, l'agriculture, l'environnement, la santé scolaire, etc.

Ces données proviennent des départements ministériels nationaux et des organismes internationaux, de l'état civil, des universités…

Parfois, certaines données peuvent faire défaut, mais cela ne doit pas constituer un obstacle majeur au processus de planification. Des alternatives sont à prévoir :

- extrapolation à partir des indicateurs de la région ou du niveau national : des estimations pourront être établies à l'aide d'informations recueillies dans la littérature, ou par comparaison avec des zones similaires pour lesquelles les données sont disponibles, même partiellement ;
- réalisation d'enquêtes afin de collecter des informations supplémentaires ou approfondir la recherche (interviews, questionnaires, groupes de discussion...).

L'analyse partagée de la communauté vise donc à associer le maximum d'acteurs locaux à la réflexion et à la production dès l'étape d'analyse ; il s'agit du diagnostic communautaire : faire le diagnostic de la communauté avec la communauté afin de mettre en lumière les besoins réels.

Ce diagnostic va permettre la construction progressive d'un langage commun basé sur une connaissance approfondie de la communauté et des enjeux locaux de la santé. Il permettra aussi de fédérer les acteurs locaux et la population autour de l'amélioration de l'état de la santé.

1.2. Étapes d'identification et de priorisation des problèmes

Une fois l'analyse faite, le diagnostic de la situation sera élaboré sous forme de points forts et de points faibles ; ainsi les problèmes seront identifiés.

Une fois les principaux problèmes de santé identifiés, il sera nécessaire de dégager des priorités d'intervention. Cette étape constitue le cœur de la démarche de planification, qui doit prendre en considération de nombreux critères :

- **la gravité :** problèmes qui entraînent une mortalité et une morbidité importantes ;
- **la vulnérabilité :** problèmes pour lesquels une solution technique satisfaisante est immédiatement applicable ;
- **la fréquence :** problèmes très répandus ;
- **l'urgence :** problèmes qui ont un impact important exigeant des solutions rapides et spectaculaires ;
- …

Parmi les outils utilisés pour prioriser les problèmes ainsi identifiés, puis de bien les définir :

TGN : Technique de groupe nominale (annexe n° 1)

C'est un outil de priorisation utilisé pour limiter les possibilités de conflit de personnalité ou de domination d'un individu sur le groupe.

Il permet une participation élargie avec une préservation de la confidentialité des choix personnels tout en rationalisant le temps.

Grille de priorisation des problèmes (annexe n° 2)

Il s'agit d'un outil collectif de priorisation de problèmes par consensus. L'outil permet de déterminer la préséance d'un problème sur un autre à travers une grille de critères de priorisation élaborés par consensus.

Méthode QQOQCP : Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi (annexe n° 3)

La méthode QQOQCP permet d'avoir sur toutes les dimensions du problème des informations élémentaires suffisantes pour identifier ses aspects essentiels. Elle adopte une démarche d'analyse critique constructive basée sur le questionnement systématique.

- **Quoi ?** Il s'agit là de décrire simplement mais précisément les caractéristiques de la situation. On est dans une phase d'identification du problème.
- **Qui ?** Vous devez cerner ici tous les acteurs qui ont un lien direct ou indirect avec le problème: les responsables, les victimes, les personnes en contact…
- **Où ?** Vous devez localiser ici les lieux précis d'apparition et d'action du problème (entrepôt, local, machine…).
- **Quand ?** Il s'agit là de déterminer toutes les caractéristiques temporelles du problème : sa date d'apparition, sa durée et sa fréquence.
- **Comment ?** Vous devez identifier ici le plus précisément possible comment le problème est apparu, son cheminement, ses circonstances / conditions.
- **Pourquoi ?** Il s'agit là d'identifier les causes de l'apparition du problème. Pour répondre à cette question, vous pouvez vous aider d'autres outils managériaux existants (ex. : le diagramme d'Ishikawa).

1.3. Étape d'analyse des problèmes

a. Arbre à problèmes (annexe n° 4)

L'analyse des problèmes identifie les aspects négatifs d'une situation et établit les relations de cause à effet entre les problèmes existants. Elle se traduit souvent par un diagramme des problèmes ou arbre à problèmes dans lequel le tronc représente le problème central, les racines représentent les causes et les branches représentent les conséquences.

L'arbre à problèmes est un outil méthodologique très simple, qui permet de schématiser pour mieux analyser une situation problématique. Cet exercice vous oblige à vous poser les bonnes questions pour arriver à formuler les bonnes actions.

L'idée est de réfléchir aux relations de cause à effet entre les différents facteurs qui sont à l'origine des problèmes constatés. Ce travail s'effectue en trois temps :

- énoncez clairement et précisément le problème central, il sera la base du tronc de l'arbre ;
- identifiez ses causes principales et secondaires (les racines) ;
- identifiez ses conséquences (les branches) et ses effets secondaires (les ramifications).

Construire un arbre à problème est un travail de longue haleine. Pour qu'il soit d'une plus grande efficacité, réunissez-vous à plusieurs.

b. Diagramme d'Ishikawa (annexe n° 5)

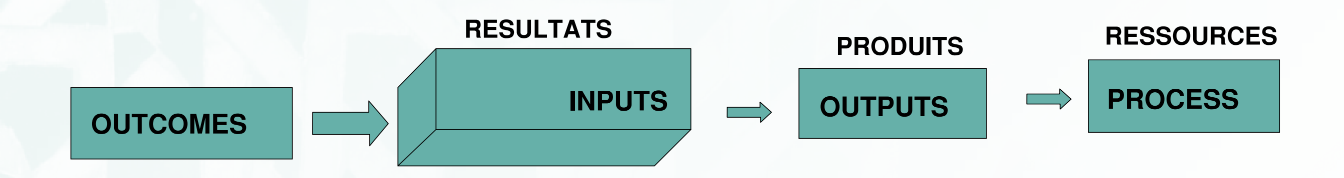
Le diagramme d'Ishikawa, ou diagramme de cause à effet, ou bien aussi diagramme en arêtes de poisson, est un outil qui permet d'identifier les causes d'un problème à travers une représentation structurée de toutes les causes qui conduisent à une situation. Son intérêt est de permettre aux membres d'un groupe d'avoir une vision partagée et précise des causes possibles d'une situation. Le schéma comprend les facteurs causaux identifiés et catégorisés selon la règle des «5 M».

- **main-d'œuvre :** ressources humaines, qualification, absentéisme, formation, motivation ;
- **matériel :** équipements, machines, outillages, pièces de rechange… ;
- **matière :** matière première, documents, données informatiques… ;
- **méthode :** règles de travail, procédures, protocoles, façons de faire… ;
- **milieu :** infrastructure, espace, bruits, éclairage, température…

2. Analyse systémique de la circonscription sanitaire

2.1. Collecte et analyse des données

L'analyse systémique comprend l'analyse des ressources, du processus (fonctions de gestion), des produits (performances des prestations) et des résultats.



a. Matrice d'analyse des ressources de la C/S (voir indicateurs relatifs à l'offre de soins)

Ressources de la C/S	Indicateur
Infrastructures	Nombre d'habitant / ESSP
Ressources humaines	nombre d'habitants/médecin, nombre de naissances attendues/sage-femme, nombre d'habitants/infirmier…etc
Equipements	Nombre d'échographes, de mini-analyseurs, autoclaves, de tables chauffantes, de sources d'oxygène, de lits dans les maisons d'accouchements, etc.
Médicaments	
Patrimoine	
Moyens de mobilité : Ambulances, VTT	

b. Matrice d'analyse des fonctions de la C/S

	Forces	Faiblesses
Planification		
Structure de l'organisation		
Offre de services prestations		
Gestion des ressources		
Système d'information		
Système de suivi-évaluation		
Relations avec l'environnement externe		

c. Matrice d'analyse des performances de la C/S

	Forces	Faiblesses
Consultation curative		
PNI		
Programme PSGA		
Programme LAT		
Surveillance épidémiologique		
Programme hygiène du milieu		
Programme santé scolaire		
…………………………		

d. Identification des FFOM

Méthode SWOT :

L'abréviation SWOT signifie : Strenghts – Weaknesses – Opportunities – Threats ; en français FFOM : Forces – Faiblesses – Opportunités – Menaces ; en espagnol FODA : Fortalezas – Oportunidades – Debilidades – Amenazas.

C'est une méthode d'analyse interne et externe qui utilise comme support une matrice à quatre fenêtres : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces. Cette analyse permet d'identifier des stratégies en vue d'atteindre les objectifs recherchés. L'analyse interne identifie les forces et les faiblesses. L'analyse externe identifie les opportunités et les menaces.

Matrice FFOM

Faiblesses	Forces
1.	1.
2.	2.
3.	3.
Menaces	**Opportunités**
1.	1.
2.	2.
3.	3.

E. Fixation des objectifs

1. Définition d'un objectif

- «C'est ce qu'on souhaite avoir, être, atteindre, mais aussi ce qu'on veut éviter d'être» (Morgan, 1987).
- «C'est ce qu'on essaye de maintenir, de préserver ou d'éliminer» (Nickols, 2000).
- Les objectifs expriment des résultats attendus assez précis dans une période de temps donnée.

2. L'élaboration des objectifs

La fixation des objectifs dans le cadre d'un plan découle de deux approches :

- Soit l'adaptation à des spécificités locales d'objectifs prévus dans le cadre d'un programme de santé au niveau national, régional ou provincial ;
- Soit l'analyse qui permet de décrire la situation future qui prévaudra lorsque les problèmes auront été résolus, en utilisant la transposition du modèle causal (l'arbre à problèmes), où «l'état négatif» sera formulé en «état positif».

Dans tous les cas, lors de l'élaboration des objectifs, il faudra vérifier :

- la hiérarchie des objectifs (les objectifs s'élaborent de façon progressive et hiérarchique, du plus général au particulier) ;
- les relations moyens-fins et les visualiser dans un diagramme ;
- la formulation des objectifs, leur hiérarchie et leur séquence, doit être bien comprise afin d'éviter d'aboutir à des objectifs vagues et sans utilité pour la mise en place, le suivi et l'évaluation du programme.

2.1. Hiérarchie des objectifs : principe de causalité

L'objectif peut couvrir l'ensemble du programme ou une partie de celui-ci ; il peut être général ou plus ou moins détaillé. On parle alors d'objectif général, intermédiaire ou spécifique. Certains objectifs doivent être atteints avant que d'autres le soient, pour que le résultat attendu se produise.

Les objectifs doivent donc suivre une certaine séquence ou un ordre hiérarchique :

- **l'objectif général :** il correspond à l'état de santé désiré ou le comportement de santé attendu d'une population-cible et qui a un lien direct avec le problème à résoudre ou avec le but du programme ;
- **l'objectif intermédiaire :** il peut correspondre à un état de santé ou un comportement comme l'objectif général, mais il couvre uniquement une partie de celui-ci ;
- **l'objectif spécifique :** il constitue un autre niveau inférieur de résultat recherché, plus précis, désagrégé ; il peut correspondre à un service permettant d'atteindre l'objectif intermédiaire ;
- **l'objectif opérationnel :** il peut correspondre à la mobilisation de ressources pour atteindre l'objectif spécifique, il est exprimé en termes d'activités ou de tâches.

2.2. Formulation des objectifs

Les objectifs doivent contenir les éléments suivants :

- la nature du résultat visé (état, comportement…) ;
- les normes et critères de succès (% d'atteinte, nature du changement) ;
- l'échéance envisagée d'atteinte du résultat ;
- la population cible ou les services ;
- la zone d'application (géographique ou lieux).

Un objectif doit être :

- formulé sous forme d'un verbe d'action ;
- compatible avec la mission ;
- relié à un but, à une finalité, au problème à résoudre ;
- exclusif ;
- exprimés en termes de résultats à atteindre ;
- évaluable ;
- précis, il spécifie le «quoi ?», le «quand ?» et le «qui ?».

Critères de qualité d'un objectif : SMART

S : Spécifique, bien décrit, compréhensible par les membres de l'équipe.

M : Mesurable, quantifiable en quantité ou en qualité.

A : Accord de l'équipe

R : Raisonnable, réaliste.

T : Temporel (objectif fixé dans le temps).

Exemples d'objectifs hiérarchisés dans un programme de santé : PNI

Objectifs généraux :

- Réduire la mortalité infanto-juvénile de 28,8 à 20 pour 1000 NV.
- Maintenir l'élimination du Tétanos Néonatal (TNN).
- Éliminer vers 2015 la Rougeole, la Rubéole et le Syndrome de Rubéole Congénitale (SRC).



Objectif spécifique :

- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale uniforme supérieure ou égale à 95 %.



Objectifs opérationnels :

- Réaliser x nombre de séances de vaccination.
- Réaliser x sorties de l'équipe mobile.
- Réaliser x campagnes de vaccination.

F. Détermination et priorisation des actions

1. Définition des concepts

- **Action :** liste d'opérations ou d'activités à entreprendre, à caractère collectif, en vue d'améliorer la santé d'une population.
- **Programme :** est un ensemble d'activités en cours, servant à atteindre des objectifs préétablis, sans délais de temps fixé pour la fin du programme.
- **Projet :** ensemble d'activités à effectuer dans un temps déterminé, aboutissant à un produit spécifique.
- **Stratégie :** est une approche générale composée d'un ensemble d'actions coordonnées et complémentaires en vue d'atteindre un objectif. Un programme peut comporter autant de stratégies spécifiques qu'il y a d'objectifs spécifiques.
- **Plan d'action :** a pour but de permettre la mise en œuvre du programme

2. Détermination des actions

Plusieurs approches permettent d'identifier les actions à choisir parmi les solutions :

- déclinaison de l'objectif spécifique en objectif opérationnel (action, activité),
- identification de la nature des actions requises pour atteindre l'objectif fixé, actions prévues par le programme national ou identifiées comme solution au problème ;
- s'inspirer des expériences des autres (benchmark) ;

Dans tous les cas, il faut s'assurer de l'existence d'une cohérence entre les actions, les objectifs et le problème (cadre logique).

3. Priorisation des actions

Les priorités permettent de mieux cibler l'utilisation des ressources sur des activités pour lesquelles la probabilité d'arriver à un résultat est meilleur.

Les éléments ou critères à prendre en considération lors de l'établissement des priorités pour choisir les solutions ou interventions à entreprendre par la CS sont notamment :

- **la faisabilité :** technique satisfaisante, économique, cadre légal et légitimité de l'intervention ;
- **l'acceptabilité :** culturelle, sociale et éthique des moyens et procédures mis en œuvre ;
- **la pertinence :** l'intervention est appropriée et adéquate pour résoudre le problème en question (existence de lien logique) ;
- **l'impact :** recherche d'effet souhaité.

Matrice de priorisation des actions

Actions	Faisabilité	Impact	Pertinence	Acceptabilité
A1 :				
A2 :				
A3 :				
A4 :				
				Total

G. Elaboration du plan d'action

1. Quand doit-on élaborer un plan d'action ?

L'équipe de la C/S est appelée très fréquemment à élaborer un plan d'action, le plus souvent opérationnel, pour diverses situations :

- plan d'action global et intégré de la C/S ;
- plan d'action spécifique à un programme et ou à un problème de santé ;
- plan d'action de couverture sanitaire de la C/S (couverture fixe, sorties équipes mobiles, caravanes, campagnes, etc.) ;
- plan d'action d'amélioration dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité (concours qualité, certification, accréditation) ;
- plan d'action dans le cadre de la résolution d'un problème de santé au niveau de la communauté ;
- plan d'action dans le cadre de la résolution d'un problème des services de santé ;
- plan d'action de riposte en cas d'épidémie ;

- plan d'action spécifique pour la réduction des risques sanitaires liés aux situations d'exception (catastrophe naturelle, vague de froid, rassemblement de la population, etc.) ;
- plan d'action de développement d'une intervention à base communautaire ;
- plan d'action de développement d'actions de partenariat et/ou de collaboration intersectorielle.

2. Que doit contenir le plan d'action ?

Le plan d'action comprend les objectifs, les activités, l'échéancier, les responsables, les partenaires, les coûts et les sources de financement. C'est aussi une étape où sont précisés les modalités de gestion et de coordination et les indicateurs de suivi et d'évaluation.

Le plan d'action doit faire ressortir les éléments suivants :

2.1. La description sommaire de la situation actuelle

Cette description fait ressortir les principaux résultats de l'analyse de situation ainsi que les orientations ministérielles, régionales et provinciales.

2.2 Les objectifs spécifiques et les objectifs opérationnels

Ils sont fixés en tenant compte des objectifs et stratégies nationales, régionales et provinciales et, en même temps, des priorités et spécificités locales.

2.3. Les principales activités à mettre en œuvre

Au niveau d'une Circonscription Sanitaire, on distingue 3 types d'activité :

- **l'activité de santé :** elle vise la prise en charge d'un ou de plusieurs problèmes relatifs à l'état santé de la population, il s'agit très souvent d'une activité continue (ex. : vaccination, consultation…) ;
- **l'activité de soutien :** elle contribue de manière indirecte à l'atteinte des objectifs de santé (ex. : formation, IEC, entretien, logistique…) ;
- **l'activité de développement :** elle vise la création d'autres unités, de comités, de cellules et l'instauration de procédures locales d'organisation et de gestion ; parfois, il s'agit d'un prérequis aux précédentes (ex. : construction, aménagement, équipement…).

Il est à noter que la composante essentielle d'un même objectif peut être soutenue par les trois types d'activité sus-cités.

2.4. Les besoins en ressources

Cette étape vise à prévoir les ressources suffisantes (quantité) et adéquates (qualité) pour réaliser les activités nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Les questions-clés à se poser sont :

- quelles sont les ressources disponibles et quelle est leur utilisation ?
- est-il possible de faire plus, mieux avec ces mêmes ressources ?
- quelles sont les activités/services à réaliser ?
- quel est le volume de ces activités ?
- quelles sont les méthodes de prévision des ressources ?

Ainsi, pour chaque activité arrêtée, il faudra déterminer les ressources existantes, les ressources requises et déduire l'écart représenté par le besoin. Pour ce faire, il est nécessaire de quantifier les activités dans le temps et dans l'espace, ce qui aidera à préciser les ressources nécessaires et les estimer. Le procédé est le même pour les trois types d'activité décrits plus haut.

Les méthodes et approches de prévision des ressources sont :

- l'approche basée sur l'étude des besoins en santé ;
- l'approche basée sur les objectifs de prestations des services de santé ;
- l'approche basée sur l'utilisation des ratios et normes ;
- l'approche basée sur l'utilisation des services/ressources.

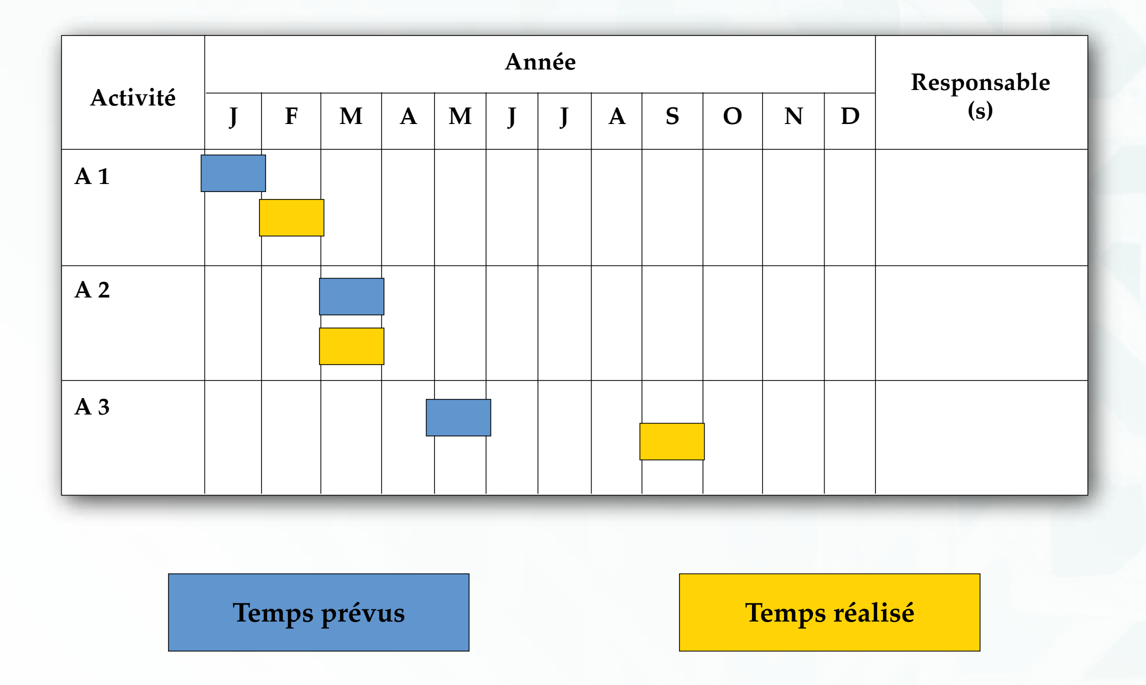
2.5. Le planning des activités

Le calendrier, ou l'échéancier, du plan d'action global de la C/S est établi pour agencer surtout les activités de soutien et de développement. Quant aux activités de santé, elles feront dans la plupart des cas l'objet de calendriers spécifiques par unité de soins et de services sous forme de timing ou d'emploi du temps.

L'établissement d'un échéancier doit tenir compte :

- des détails inhérents à chaque activité, tout en estimant le temps nécessaire à sa réalisation ;
- des rapports dans le temps entre les différentes activités (rechercher la notion d'intégration, éviter les encombrements et les chevauchements, identifier les goulots d'étranglement et les dépendances) ;
- identifier les responsabilités afin de permettre une répartition équitable des activités et une contribution de chaque personne au processus global, dégager la dépendance et favoriser la collaboration ;
- des limites des ressources nécessaires et des ressources mobilisables à très court terme (à négocier avec les services administratifs provinciaux).

Cet ordonnancement des activités (qui fait quoi et quand ?) peut être visualisé à l'aide d'un diagramme : le diagramme de GANTT.



Le plan d'action est une œuvre d'équipe ; par conséquent, une concertation avec le personnel impliqué et les responsables provinciaux est souhaitable. Il en est de même avec les autres départements concernés par certaines activités (communes, autorités locales, autres secteurs, etc.).

Comment mettre en œuvre le plan d'action ?

Il s'agit d'un ensemble de démarches à suivre et de mesures à entreprendre pour faire en sorte que les activités programmées soient réalisées et achevées dans les délais, conformément aux normes et conditions préétablies, et que les changements désirés soient apportés.

Au niveau de la C/S, la mise en œuvre du plan d'action porte sur les aspects suivants :

- l'information et la concertation avec le personnel impliqué pour obtenir son engagement et sa motivation ;
- une bonne organisation par une répartition des tâches parmi les membres de l'équipe ;
- l'établissement des calendriers de travail pour les différentes unités de soins et de services ;
- la définition de normes de supervision, de suivi et d'évaluation ;
- une bonne formation du personnel ;
- une mobilisation pérenne des ressources (négociation, partenariat, participation communautaire).



Chapitre III :

Organisation des soins et services des ESSP

Objectif général

Mener les participants à refléchir sur un modèle rationnel d'organisation des soins et des services.

Objectifs spécifiques

- Mener une réflexion sur un modèle rationnel d'organisation du circuit au niveau du centre de santé.
- Identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé.
- Réfléchir sur les possibilités de rationaliser les activités destinées aux groupes à risques.
- Réfléchir sur les possibilités de rationaliser la prise en charge des maladies chroniques.
- Réfléchir sur une meilleure organisation du parcours du patient (référence/contre-référence, contact du centre de référence en cas d'évacuation urgente.

A. Mission et fonctions

Mission

Prodiguer des soins et des services de premier recours équitables et de qualité, afin de répondre aux besoins essentiels en matière de santé d'une communauté définis sur une base géographique.

Fonctions

1. Fonction de soins.
2. Fonction de santé publique.
3. Fonction d'organisation et de gestion.
4. Fonction de formation et d'encadrement.
5. Fonction de communication et de liaison.
6. Fonction de développement communautaire et de collaboration intersectorielle.

Elles doivent toutes être assurées au niveau d'une Circonscription Sanitaire.

B. Attributions des ESSP

Les attributions des ESSP peuvent être présentées selon les fonctions citées dans le tableau suivant.

DR	CS	CSA
Fonction de soins		
1. Activités curatives Consultations curatives paramédicales (délégation des tâches pour certaines maladies). Soins infirmiers. Soins de premiers secours. Références des malades nécessitant une consultation médicale au CSC ou CSCA.	**1. Activités curatives** Consultation de médecine générale. Dépistage, prise en charge et suivi des maladies chroniques. Soins de premiers secours. Référence, au besoin, des patients vers un niveau supérieur de prise en charge, tout en veillant à l'arrivée des patients à ce niveau (hôpital, centre de diagnostic). Soins infirmiers.	**1. Activités curatives** Consultation de médecine générale. Dépistage, prise en charge et suivi des maladies chroniques. Soins de premiers secours. Référence, au besoin, des patients vers un niveau supérieur de prise en charge, tout en veillant à l'arrivée des patients à ce niveau (hôpital, centre de diagnostic). Soins infirmiers. Examens complémentaires de base (examens biologiques, échographie).

2. Activités préventives Santé maternelle (surveillance de la grossesse et en post-partum, vaccination antitétanique de la femme en âge de procréer, Supplémentation en micronutriments de la femme enceinte et de l'accouchée). Santé infantile (surveillance de l'état nutritionnel, vaccination, supplémentation en micronutriments, dépistage des pathologies (diarrhées, IRA…). Santé reproductive (planification familiale, dépistage et prise en charge des infections sexuellement transmissibles). Prévention des maladies chroniques (dépistage précoce, lutte contre les facteurs de risques (tabac, drogue, obésité…). Santé des jeunes et santé scolaire (mise à jour de la carte scolaire, participation (avec le médecin) à la prise en charge des élèves des classes-cibles selon les directives du programme, visite d'hygiène des locaux des établissements scolaires). Santé bucco-dentaire.	**2. Activités préventives** Santé maternelle (consultation prénatale, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, consultation post-natale). Santé reproductive (planification familiale, dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, dépistage et prise en charge des infections sexuellement transmissibles). Santé de l'enfant (prise en charge de l'enfant sain et de l'enfant malade, surveillance de l'état nutritionnel, vaccination, supplémentation en micronutriments). Maladies chroniques (détection précoce, prise en charge et suivi). - Santé des jeunes et santé scolaire (activités médicales et de l'infirmier chargé de la santé scolaire). - Santé bucco dentaire.	**2. Accouchements** Réalisation d'accouchements eutociques. Soins du post-partum durant le séjour de la parturiente (48h). Mise en condition et transfert des cas nécessitant une prise en charge au niveau de la maternité hospitalière.
3. Promotion de la santé IEC Séances de sensibilisation pour le changement de comportement et le développement d'un mode de vie sain.	**3. Promotion de la santé** IEC, notamment l'éducation thérapeutique	**3. Activités préventives** *idem* CS. Santé maternelle. Santé reproductive. Santé de l'enfant. Maladies chroniques. Santé des jeunes et santé scolaire. Santé bucco-dentaire.
	4. Soins palliatifs Prodiguer des soins palliatifs à domicile à travers des équipes mobiles, visites à domicile. Assurer le suivi des malades. Assurer le soutien des familles ; prendre en considération la dimension spirituelle de la personne en fin de vie. Fournir des conseils et assurer l'orientation des malades et de leur famille. Sensibiliser et mobiliser les ONG.	4. Promotion de la santé *idem* CS.
		5. Soins palliatifs *idem* CS

<table>
<tr><th colspan="3">Activités de santé publique</th></tr>
<tr><td colspan="3">1. Surveillance épidémiologique et participation aux ripostes.
2. Santé de l'environnement (hygiène du milieu).</td></tr>
<tr><th colspan="3">Fonction d'organisation et de gestion</th></tr>
<tr><td>1. Organisation du travail
Accueil et orientation des usagers du DR soit pour une prise en charge localement soit pour une référence vers le CSC ou le CSCA ; adaptation de l'horaire d'ouverture de la structure aux besoins de la population (ex. : jour du souk hebdomadaire), élaboration et affichage du calendrier des activités.</td><td colspan="2">1. Organisation du travail
Aménagement d'un espace d'accueil, orientation des usagers vers les différentes unités de prise en charge avec priorisation des cas urgents ; information et sensibilisation des usagers selon leurs demandes.
Le circuit à l'intérieur du CS défini par son équipe, rationnalisé, facilité par la mise en place de fiches signalétiques et d'orientation dans les différentes unités du CS).</td></tr>
<tr><td>2. Gestion du patrimoine (Biens physiques, propreté des locaux du DR et de son environnement, maintenance du bâtiment à travers le recours à la hiérarchie (CSC ou CSCA) ou à la mobilisation des ressources locales).</td><td colspan="2">2. Gestion de l'équipe
Répartition équilibrée des tâches et polyvalence de ses membres, élaboration de fiches de poste, organisation de réunions régulières.</td></tr>
<tr><td>3. Gestion des médicaments et des fongibles
Commande des médicaments essentiels et des fongibles du DR, prescription des médicaments (en cas de délégation de tâches), gestion des stocks des médicaments et des fongibles.</td><td colspan="2">4. Gestion du patrimoine
Biens physiques, propreté des locaux du CS et de son environnement, maintenance du bâtiment à travers le recours à la hiérarchie (SIAAP) ou à la mobilisation des ressources locales.</td></tr>
<tr><td>4. Gestion des équipements
(mise à jour de l'inventaire, entretien basique et régulier des équipements, déclaration des pannes du matériel).</td><td>5. Gestion des médicaments et des fongibles médicaux
Sélection des médicaments essentiels pour la commande du CS, prescription médicale des médicaments avec respect des critères de rationalité, gestion des stocks de médicaments avec stockage des produits dans un local adéquat, tenue du registre des entrées et des sorties, établissement des fiches des stocks par produit, système de traçabilité.</td><td>4. Gestion des médicaments et des fongibles médicaux, y compris les kits d'accouchement</td></tr>
<tr><td>5. Gestion des moyens de mobilité
Gestion du vélomoteur, à travers le CSC ou le CSCA, concerne la dotation en carburant, l'entretien de l'état du vélomoteur et sa réparation en cas de panne.</td><td>5. Gestion des équipements
Mise à jour régulière de l'inventaire, déclaration rapide des pannes des équipements du CS et des DR qui lui sont rattachés au SIAAP, optimisation du fonctionnement des équipements, notamment en veillant à leur maintenance.</td><td>6. Gestion des réactifs nécessaires aux analyses biologiques de base.</td></tr>
</table>

6. Participation aux activités des équipes mobiles	6. Gestion des moyens de mobilité (VTT)	6. Gestion des équipements
7. Gestion de l'information et transmission des supports d'information au niveau hiérarchique (CSC ou CSCA)	7. Organisation des équipes mobiles Programmation annuelle en coordination avec la hiérarchie, identification ou révision des points de rassemblement en concertation avec les représentants de la population. Etablissement d'un calendrier des sorties, coordination avec les autorités locales et la Commune, dotation en médicaments et en moyens matériels selon la liste standard, mise en place des outils de suivi et d'évaluation.	7. Gestion des moyens de mobilité y compris l'ambulance
	8. Gestion de l'information sanitaire et des supports d'information Tenue à jour du registre de la consultation curative, des fiches opérationnelles pour le suivi des malades chroniques, des fiches opérationnelles pour le suivi de la population-cible mère et enfant, dossiers et fiches de la population préscolaire et scolaire, livret médical de l'élève.	8. Organisation des équipes mobiles
	9. Planification programmation et évaluation des actions sanitaires.	9. Gestion de l'information sanitaire et des supports d'information
		10. Planification programmation et évaluation des actions sanitaires.
		11. Gestion des moyens de communication (flotte téléphonique).
	9. Planification, programmation et évaluation des actions sanitaires.	9. Gestion de l'information sanitaire et des supports d'information

Fonction de formation et d’encadrement	
	1. Supervision
	2. Formation continue
	3. Encadrement des nouvelles recrues et des stagiaires (étudiants en médecine et élèves des ISPITS)
Fonction de communication (interne et externe) et de liaison	
Développement communautaire et collaboration intersectorielle	

C. Organigramme hiérarchique (annexes n° 6 et 7)

Selon l’arrêté du Ministre de la Santé n° 2333-12 du 22 rejeb 1433 (13 juin 2012) complétant l’arrêté de la Ministre de la Santé n° 1363-11 du 12 joumada II 1432 (16 mai 2011) relatif aux attributions et à l’organisation des services déconcentrés du Ministère de la Santé :

Chaque délégation est composée des services suivants :

- le service administratif et économique ;
- le service du réseau d’infrastructures et d’actions chargé d’élaborer les plans d’action des établissements des soins de santé primaires (ESSP) en matière de prévention et de soins et de veiller à l’encadrement, au suivi et à l’évaluation de leur exécution.

Les établissements de soins de santé de base susvisés sont composés du centre de santé urbain (CSU), avec ou sans maison d’accouchement, du centre de santé communal (CSC), avec ou sans maison d’accouchement, et du dispensaire rural (DR).

Chaque centre de santé urbain ou communal est placé sous la responsabilité d’un médecin chargé de la gestion médicale et administrative du centre, assisté par un infirmier-chef.

Le dispensaire rural est placé sous la responsabilité d’un infirmier-chef.

D. Modalités de fonctionnement

Afin de répondre aux besoins de santé par des services adaptés en vue d’assurer la prise en charge d’épisodes de risque ou d’épisodes de maladie d’une population déterminée, le centre de santé développe trois stratégies de couverture sanitaire :

- une stratégie fixe pour les populations habitants à moins de 3 kilomètres de la formation sanitaire ;

- une stratégie mobile pour les populations rurales habitant au-delà de 6 kilomètres ;
- des actions et des participations communautaires, notamment pour les populations habitants des localités enclavées.

1. La stratégie fixe

1.1. En milieu rural

- Elle est constituée par les différents ESSP en milieu rural (DR, CSC, CSCA) ;
- La population se rend au niveau de ces formations pour bénéficier des prestations.

1.2. En milieu urbain

Elle est représentée par les centres de santé urbains, qui assurent les soins de santé de base sur place, et les CSUA (avec module d'accouchement).

Ce mode est appuyé par des visites à domicile par les infirmières de la formation sanitaire (CSU) pour certaines tâches en dehors du centre (relance des vaccinations, des consultations pré et postnatales…).

Les activités sont organisées au niveau des formations sanitaires sous forme de plannings hebdomadaires, mensuels et annuels permettant la rationalisation du temps et des moyens (humains, matériels, vaccins…) :

- planning des consultations prénatales et postnatales ;
- planning des séances de vaccination ;
- planning de counseling en planification familiale ;
- planning de consultations des malades chroniques ;
- etc.

2. La stratégie mobile

C'est le personnel de santé qui se déplace pour se rendre chez la population, soit au moyen d'un véhicule avec un paquet d'activités plus important (équipe mobile), soit avec un infirmier itinérant qui fait la visite à domicile (porte à porte).

2.1. Itinérance classique

- Elle s'effectue de porte à porte par un moyen de transport adéquat pour visiter un nombre déterminé de foyers par jours ;
- Elle assure les tâches et les prestations des programmes sanitaires pour la population non couverte par le mode fixe.

2.2. Itinérance par point de contact

Elle s'adresse à la population non concernée par la visite à domicile. La rencontre entre l'infirmier itinérant et la population s'effectue en un lieu déterminé de certaines localités sélectionnées, connu et accepté par tous, appelé «point de contact».

2.3. L'équipe mobile

- La stratégie s'appuie sur la constitution d'une équipe mobile avec un moyen de mobilité (véhicule) dont la fonction de base est d'assurer les prestations sanitaires essentielles pour étendre la couverture sanitaire aux populations non touchées par les deux modes précédents (paquet minimum d'activités).
- Cette modalité se caractérise par la composition d'une équipe médicalisée et parfois multidisciplinaire selon les besoins (médecin, technicien d'hygiène, sage-femme, infirmier polyvalent…).
- Constitution d'un planning de sorties de l'équipe mobile avec objectifs.

Les critères de couverture par l'équipe mobile :

- Les localités sont situées à plus de 6 kilomètres d'une formation sanitaire.
- Les localités sont situées à moins de 6 kilomètres, mais avec des obstacles géographiques ou une situation épidémiologique particulière.
- Le paquet d'activités doit être diversifié et intégré (activités préventives, curatives et promotionnelles).

Ce paquet d'activités doit :

- répondre aux besoins et aux attentes de la population-cible ;
- s'inscrire dans les objectifs des programmes sanitaires ;
- prendre en considération le profil épidémiologique des localités-cibles ;
- participer aux activités des caravanes médicales.

3. Mécanismes de coordination

3.1. Procédures de travail

Une bonne organisation du travail dans les structures de santé suppose :

- une répartition claire des tâches ;
- des réunions périodiques ou ponctuelles de l'équipe : centre de santé, Circonscription Sanitaire ;
- des circuits des malades à l'intérieur de la Circonscription Sanitaire et au niveau de chaque formation sanitaire ;

- un sous-système d'information sanitaire ;
- un système de garde pour les accouchements, les soins urgents, la surveillance épidémiologique.

3.2. Compétences et qualifications

Les compétences du personnel de la C/S sont définies par la formation de base de chaque profil, qui sont renforcées continuellement par la programmation des sessions de formation continue.

Le fonctionnement optimal de l'ESSP exige la polyvalence de tous les personnels de santé en fonction des différentes unités du centre et en fonction de la charge de travail.

3.3. Normes et référentiels

Ils sont définis dans les guides et manuels des différents programmes de santé.

3.4. Résultats et objectifs

Ils sont déterminés essentiellement dans les plans d'action des programmes de santé et évalués régulièrement au sein de la C/S afin de redresser à temps la situation.

3.5. Filière de soins (parcours de soins : schéma ci-dessous)

Les patients sont orientés à partir du dispensaire rural ou de l'équipe mobile vers le centre de santé communal le plus proche et le plus adapté, qui à son tour peut le référer à un niveau supérieur (hôpital local, provincial ou régional).

L'accès aux services de soins, en cas de référence, obéit à certaines conditions :

❖ **L'accès au spécialiste, conditionné par :**

- un passage obligatoire par le médecin généraliste ;
- une orientation hiérarchisée vers les autres spécialistes.

❖ **L'accès à l'hospitalisation, assurée par trois portes d'entrée** :

- la consultation spécialisée externe ou centre de référence :
- centre de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires «CDTMR» ;
- centre de référence en santé de la reproduction «CRSR» ;
- les services des urgences ;
- l'hôpital de jour. Cette hospitalisation est hiérarchisée : hôpital local, hôpital provincial ou préfectoral, hôpital régional, CHU.

- ❖ **L'accès aux urgences qui peut être :**

  - une auto-référence dont la prise en charge sera en fonction des résultats de l'évaluation de l'urgence (service de triage) ;
  - une référence par un médecin généraliste ou spécialiste ;
  - une référence par une sage-femme ou un infirmier de garde.

- ❖ **L'accès au plateau technique**

L'accès au plateau technique ne doit se faire que sur une ordonnance médicale délivrée par un médecin généraliste ou spécialiste.

Cette coordination entre le réseau des soins de santé primaires et le réseau hospitalier ne peut se concrétiser sans :

- un planning des médecins de garde des urgences ;
- un planning des consultations spécialisées ;
- des moyens de communication : flotte téléphonique, informatisation des rendez-vous ;
- un système de référence et de contre-référence :
  - **référence :** c'est l'orientation et/ou le transfert du patient à un niveau supérieur de soins. La référence peut être justifiée par le manque de compétences appropriées ou l'insuffisance du plateau technique ;
  - **contre-référence :** c'est la réorientation du patient et/ou le retour de l'information vers le niveau référant.

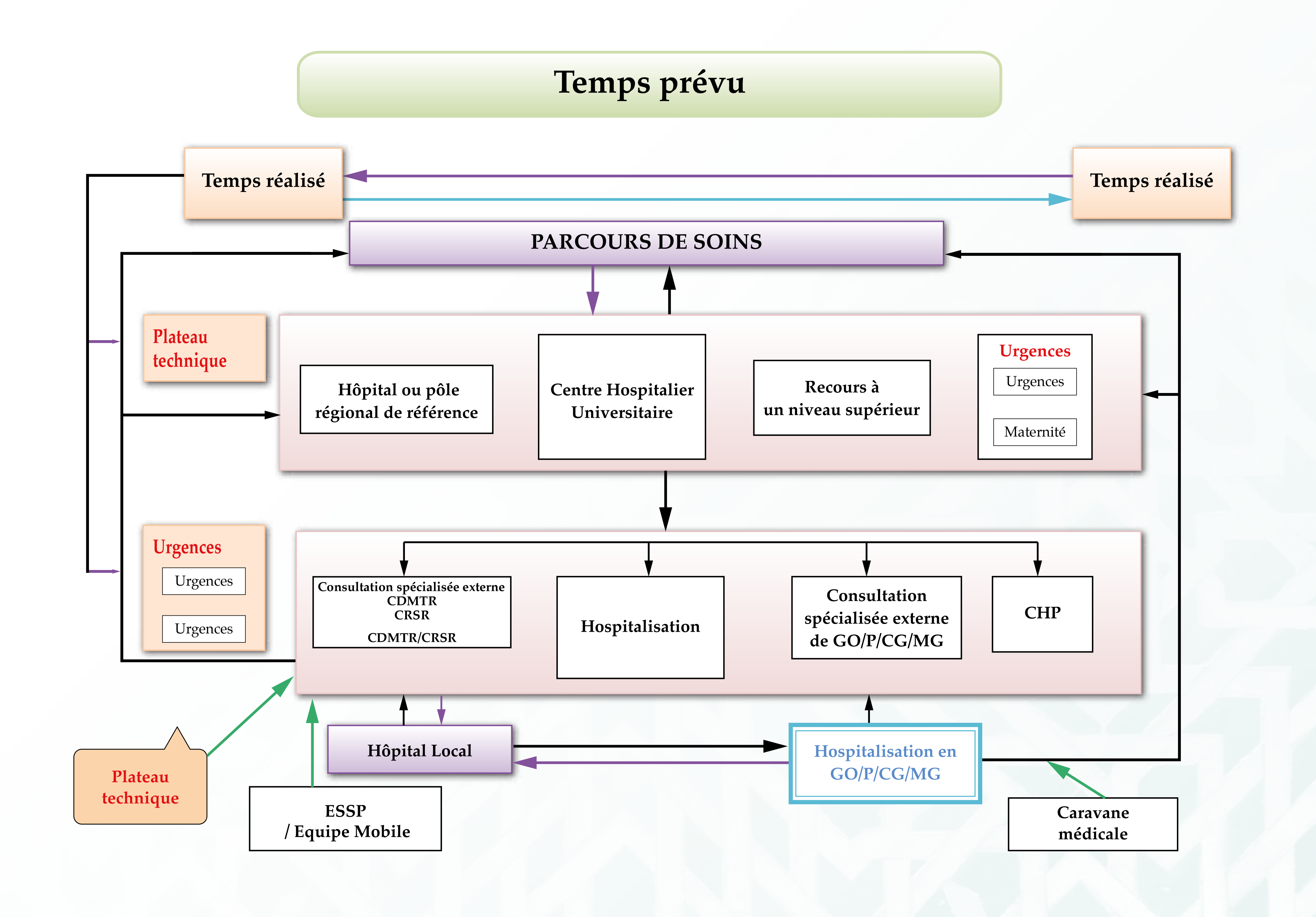
L'objectif est d'assurer à la population référée une prise en charge de qualité à travers des services de soins intégrés et continus.

Les supports de référence et de contre-référence utilisés sont :

- la fiche de référence/contre-référence (carnet à souches) ;
- le registre de références.

3.6. Supervision

Cette fonction permet le suivi et l'encadrement des différentes unités du centre de santé ainsi que des différents établissements rattachés à la Circonscription Sanitaire (les sous-secteurs).


Temps prévu
Temps réalisé
Temps réalisé
PARCOURS DE SOINS
Plateau technique
Hôpital ou pôle régional de référence
Centre Hospitalier Universitaire
Recours à un niveau supérieur
Urgences
Urgences
Maternité
Urgences
Urgences
Urgences
Consultation spécialisée externe
CDMTR
CRSR
CDMTR/CRSR
Hospitalisation
Consultation spécialisée externe de GO/P/CG/MG
CHP
Hôpital Local
Hospitalisation en GO/P/CG/MG
Plateau technique
ESSP / Equipe Mobile
Caravane médicale

4. Moyens de suivi-évaluation

Les différents moyens utilisés pour l'encadrement des ESSP (supervision formative, audits, etc.) seront traités dans le chapitre «outils et méthodes de suivi-évaluation.»

Chapitre IV :

Qualité des soins

Objectif général

Intégrer et consolider la démarche-qualité dans la gestion de la C/S.

Objectifs spécifiques

- Se familiariser avec les concepts de qualité des soins et des services.
- Appréhender les dimensions de la qualité.
- Connaître les étapes d'implantation d'une démarche qualité.
- Opérer un choix sur les indicateurs les plus utiles pour l'évaluation de la qualité des soins.

A. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

> La qualité des soins, c'est la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Autre définition qui mérite d'être citée :

> Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risques à chaque étape du processus de soins.
>
> **Avedis Donabedian, 1980**

B. Critères de qualité

Parmi les caractéristiques universelles que les services de soins doivent posséder pour répondre aux normes de qualité, on citera les plus pertinentes :

- la globalité ;
- la continuité ;
- l'intégration ;
- une communication interpersonnelle appropriée et efficace ;
- l'offre d'un paquet minimum de droits pour répondre aux besoins authentiques de la communauté.

1. La globalité

Elle signifie que les patients sont considérés dans un contexte global (social, économique, culturel et psychologique) et pas simplement comme des malades ou des consommateurs de soins. L'approche globale doit demeurer spécifique aux soins de santé primaires, et l'empathie sera considérée comme un des fondements du premier critère de la qualité de soins de santé qui est la globalité.

2. La continuité

Aux contours flous, la continuité est trop souvent confondue avec la permanence des soins, et pourtant son approche est différente. Elle se définit comme le suivi sans interruption du patient depuis le début jusqu'à la fin de sa maladie, que l'épisode soit aigu ou chronique. Elle peut se réaliser grâce à la globalité, et elle suppose, elle aussi, une approche empathique. Certains facteurs favorisent la continuité des soins :

- la coordination entre professionnels de santé ;
- la satisfaction du client ;
- l'utilisation du dossier médical, outil de synthèse facilitant le suivi du patient et permettant le transfert de la responsabilité d'un service à un autre.

3. L'intégration

L'intégration dans le cadre du système de santé de district signifie que tous les éléments qui composent ce système (services de santé de base, hôpital de référence, etc.) sont organisés et coordonnés de telle manière qu'ils constituent une seule entité avec un objectif commun qui est la prise en charge du patient. L'intégration des activités au sein d'une Circonscription Sanitaire implique que le personnel soit polyvalent et coopérant. La coopération est le mode de relation et l'alliance stratégique qui permettra au personnel de santé de s'entendre sur une philosophie d'intervention commune et de coordonner leurs actions pour répondre aux besoins du patient.

- L'intégration dans le temps signifie que tous les services sont disponibles au même moment, c'est-à-dire lors de chaque contact avec le centre de santé le patient peut avoir accès à n'importe quel type de soins (consultation curative, vaccination, CPN, etc.).
- L'intégration dans l'espace signifie que tous les services sont fournis par une équipe, mais à différents moments et à différents endroits (par exemple la consultation curative le matin et les consultations préventives l'après-midi).

4. La communication efficace

La communication est l'échange d'informations ou d'idées entre deux ou plusieurs personnes à travers des messages verbaux et non verbaux.

Une communication efficace implique le professionnel de santé qui peut être un leader dans le processus de communication pour promouvoir un dialogue permanent avec la communauté et favoriser un meilleur accueil aux messages envoyés afin d'encourager la participation communautaire en santé.

4.1. Les objectifs d'un dialogue permanent avec la population

- **Rendre la population consciente des besoins qu'elle ne perçoit pas**

Par exemple le cas de l'allaitement maternel où le professionnel de santé mettra l'accent sur l'importance de l'état nutritionnel de l'enfant ou sur la fréquence et les conséquences des infections aiguës que l'on peut éviter grâce à la promotion de l'allaitement.

- **Rendre la population consciente que certaines demandes n'ont pas de base rationnelle**

Par exemple les demandes d'examens radiologiques itératives pour des épisodes chroniques et invariables ou l'acceptabilité des médicaments essentiels, versus les médicaments plus attractifs du point de vue commercial.

- **Rendre les professionnels de santé aptes à relativiser certaines de leurs observations**

Par exemple l'arrivée tardive d'un tuberculeux au centre de santé, du fait de la méconnaissance de sa maladie, ne doit pas apparaître aux yeux du personnel comme une erreur commise par le patient et ne doit surtout pas conduire le professionnel à procéder à sa culpabilisation et à sa responsabilisation. Ce comportement pourrait pousser le patient à refuser les soins proposés.

- **Rendre les professionnels de santé plus conscients des problèmes des patients qu'ils ont tendance à sous-estimer**

Par exemple la valeur du traitement précoce de l'ulcère gastrique récent est sous-estimée parce que les patients consultent pour une douleur qui est facilement écartée comme «psychosomatique», alors que les ulcères gastriques abondent dans les services de chirurgie de l'hôpital de référence et entraînent souvent des complications graves comme les perforations et les hémorragies. La prise en charge appropriée de l'hypertension artérielle constitue aussi un bon exemple de conduite à ne pas sous-estimer, vu les complications graves qui en découlent.

4.2. Les types de dialogue

- Le dialogue individuel

La communication interpersonnelle représente par excellence le meilleur outil pour le dialogue individuel. Elle permet de rentrer en interaction avec le patient et d'échanger, face à face, des informations ou des idées autour de sa santé.

Elle offre une bonne occasion pour observer et écouter les toute premières perceptions ressenties par le patient. Les professionnels de santé doivent accorder une importance capitale à ce dialogue individuel et saisir toutes les opportunités pour l'engager au moment de la consultation curative, des séances de vaccination ou pendant les séances de planification familiale et autres.

- Le dialogue de groupe ou groupe de discussion

C'est un outil capital permettant une discussion orientée ou une délibération sur un sujet défini d'intérêt commun avec un petit groupe de personnes, groupe homogène sous la conduite d'un facilitateur qui n'est autre qu'un personnel de santé.

Ce groupe est identifié et sélectionné selon des critères bien définis.

Il a pour objet :

- d'informer et sensibiliser le groupe sur un problème de santé ;
- d'impliquer le groupe dans la prévention des problèmes de santé ;

- Le dialogue systématique

Toutes les situations de dialogue décrites au préalable, même celles organisées en petits groupes, sont destinées à un public choisi. Elles ne créent pas un dialogue avec la communauté en tant qu'ensemble plus ou moins organisé. Cela devient une nécessité absolue, quand il s'agit de développer une autogestion communautaire du système de santé local. Ce niveau de dialogue nécessite un comité ou des comités de santé au sein même de la communauté la plus représentative de cette dernière. Ce mode d'autogestion communautaire suppose des réunions régulières avec les comités de santé.

5. Le Paquet Minimum d'Activités de Droit (PMAD)

La nouvelle Constitution du Maroc 2011 stipule, à travers son article 31, le droit d'accès aux soins de santé pour tout citoyen marocain. Ce droit doit se concrétiser par le paquet minimum d'activités de droit. La Circonscription Sanitaire, en tenant compte de ses ressources, de son environnement et de sa place dans le système de santé, doit s'organiser de manière à fournir un PMAD capable de répondre aux besoins réels de la population. Le PMAD doit d'abord remplir les principales fonctions d'une C/S (curative, préventive et promotionnelle) et ensuite introduire d'autres activités ou composantes qui seraient susceptibles d'influencer favorablement l'état de santé de cette population. Mais, au-delà même de la diversité de la demande, il faut obligatoirement arrêter une liste et définir un PMAD pour ne pas subir un flot de demandes qui pourrait devenir astreignant et inenvisageable pour l'équipe.

Le tableau ci-dessous présente certaines activités de soins du PMAD avec quelques indicateurs qualitatifs de mesure pouvant être utilisés par le personnel.

Activités	Quelques indicateurs de qualité
La consultation curative	• Taux ou pourcentage de référence vers un autre niveau • Coût moyen de l'ordonnance • Nombre de médicaments prescrits par ordonnance • Délai d'attente d'une consultation • Durée moyenne d'une consultation • Taux de satisfaction • Taux de plaintes
La prise en charge des maladies chroniques	• Taux de dépistage des maladies chroniques • Observance thérapeutique • Taux de satisfaction • Taux des complications dépistées
La prise en charge curative et préventive des personnes à haut risque	• Taux des complications dépistées
La surveillance épidémiologique et la veille sanitaire	• Délais de déclaration • Taux des fiches correctement remplies ou renseignées • Délais de restitution des données

C. Les dimensions de la qualité

La qualité varie selon les individus et change dans le temps, elle est dite multidimensionnelle. Dans le domaine de la santé, les dimensions qui paraissent les plus pertinentes et les plus adaptées sont les suivantes :

- **Les compétences professionnelles.** Les soignants et les professionnels doivent posséder des compétences convenables pour leur pratique quotidienne et avoir accès en outre à l'information, à l'équipement, aux fournitures et aux installations nécessaires pour répondre aux besoins de santé de leurs patients.
- **L'efficacité.** Toute personne doit recevoir des soins fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles.
- **L'accessibilité.** Toute personne devrait pouvoir obtenir les soins qu'il lui faut au bon moment, au bon endroit.
- **Les relations interpersonnelles.** Toutes les composantes du système doivent être organisées, coordonnées et interreliées de manière à collaborer étroitement entre elles, afin de fournir des soins de qualité à la population.
- **L'efficience.** C'est être capable de proposer les meilleurs soins avec les meilleurs résultats et aux meilleurs coûts. Il ne faut donc pas gaspiller les fournitures, l'équipement, le temps, les idées, ni même l'information.
- **L'innocuité.** Le patient ne doit en aucun cas être victime d'accidents ou d'erreurs lors de la prestation des soins.
- **La continuité.** Elle se définit comme le suivi sans interruption du patient depuis le début jusqu'à la fin de sa maladie, que l'épisode soit aigu ou chronique. La continuité constitue avec l'intégration et la globalité un des piliers de la qualité des soins.
- **Les agréments.** Appelés aussi les apparences, ils englobent tous les aspects immédiats de ce qui se présente à la vue, depuis la couleur des murs jusqu'à la qualité du bois des chaises et les vitres des fenêtres.

D. La démarche qualité

La démarche qualité est le processus mis en œuvre pour implanter une politique qualité définie au préalable par l'équipe pour s'engager dans une démarche d'amélioration continue. C'est une technique de management et d'aide à la décision qui concourt à atteindre des objectifs et à satisfaire les clients.

Les principes fondamentaux d'une démarche qualité sont :

- des objectifs généraux clairs ;
- un engagement des leaderships ;
- une attention centrée sur les «clients» ;
- une analyse de l'organisation par l'approche processus ;

- une participation de tout le personnel (approche participative) ;
- des données quantitatives et qualitatives ;
- des indicateurs d'activité et de qualité bien définis ;
- une documentation appropriée.

Cette démarche qualité, une fois engagée, permet d'améliorer l'organisation, de réduire les dysfonctionnements, de minimiser les coûts et de motiver les équipes. Il s'agit d'une amélioration continue et d'une tendance vers l'excellence.

Définition du système et processus

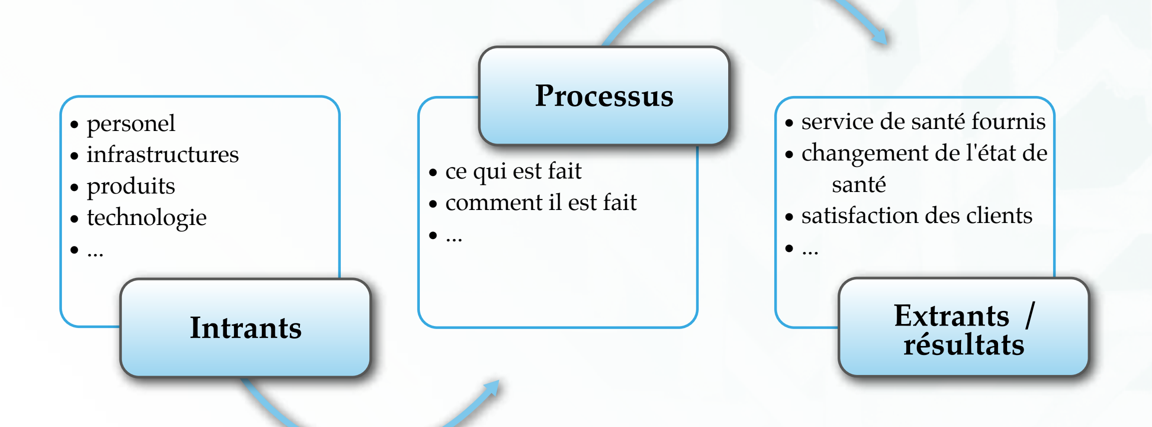


Figure 1. Exemple de processus

E. Le cycle de la démarche qualité

www.ispits.net

Appelée communément "la roue de Deming", la démarche est cyclique, comprenant quatre phases (planifier, faire, vérifier, améliorer) qui s'enchaînent afin de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue.

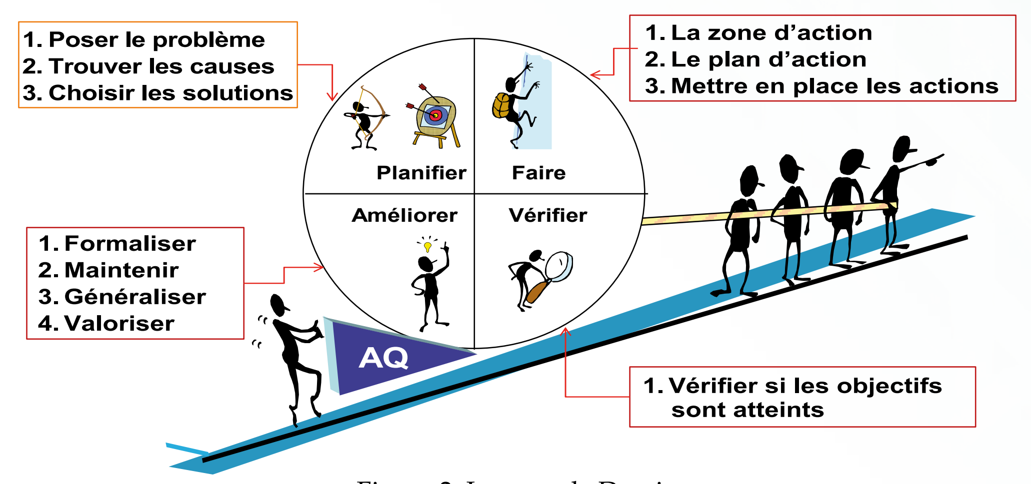


Figure 2. La roue de Deming

La roue est généralement mise sur un plan incliné, qui représente la difficulté grandissante dans le processus d'amélioration et la quantité d'efforts nécessaire pour arriver à une qualité totale. Cette démarche vise la satisfaction du client. Pour éviter de revenir en arrière, on met une cale sous la roue qui l'empêchera de redescendre, cette dernière (AQ) représente le système de l'assurance qualité (audits réguliers, documentations, etc.).

F. Les six étapes de la résolution des problèmes

Un problème se définit comme un écart ou un décalage entre ce qui existe et ce que l'on souhaiterait.

1. **La première étape :** identifier le problème (réf. planification).
2. **La deuxième étape :** définir le problème (réf. planification).
3. **La troisième étape :** identifier l'équipe.

Cette étape consiste à rassembler l'équipe qui doit travailler sur le problème. Cette dernière doit avoir une connaissance parfaite et plus approfondie du processus concerné par ce problème. Elle doit être capable de prendre des décisions habiles et d'apporter des solutions au problème.

Le choix de l'équipe est fait par le groupe qui a énoncé le problème, en s'appuyant sur un certain nombre de questions auxquelles elle est tenue de répondre.

➢ *Quelques exemples :*

- dans quel service a surgi le problème ?
- quelle activité est concernée par le problème ?
- qui effectue cette activité ?
- qui décide de l'organisation de l'activité ou de la tâche ?
- qui fournit les intrants pour cette activité ?

On peut parfois faire appel à des personnes externes au processus, quand leurs compétences sont sollicitées.

➢ *Parmi les outils utilisés : l'organigramme*

4. **La quatrième étape :** analyser et identifier les causes (réf. planification).
5. **La cinquième étape :** mettre au point des solutions.

Cette étape est la raison d'être de l'initiative pour l'amélioration de la qualité. Elle a pour objectif de formuler une solution capable de résoudre le problème en éliminant manifestement ses causes. L'équipe doit établir une liste de solutions potentielles, les examiner soigneusement avant d'en retenir ou de choisir les plus justes et de les formuler ensuite.

➢ *Les outils nécessaires pour cette étape : brainstorming, analyse des affinités, matrice de hiérarchisation, organigramme*

6. La sixième étape : mettre en œuvre la solution.

Même si la solution choisie est la plus pertinente et la plus appropriée, elle ne résoudra pas le problème si sa préparation et sa mise en application ne sont pas adéquates. C'est au cours de cette étape que le cycle PFVA trouve tout son intérêt :

- planifier la mise en œuvre (Planifier) ;
- appliquer la solution (Faire) ;
- suivre et déterminer si la solution a produit des résultats (Vérifier) ;
- prendre des décisions pour voir s'il faut modifier, élargir ou tester une autre solution (Améliorer).

➢ *Outils nécessaires : matrice de hiérarchisation, organigramme, diagramme en bâtons et secteurs, graphiques, histogramme, diagramme de Gantt.*

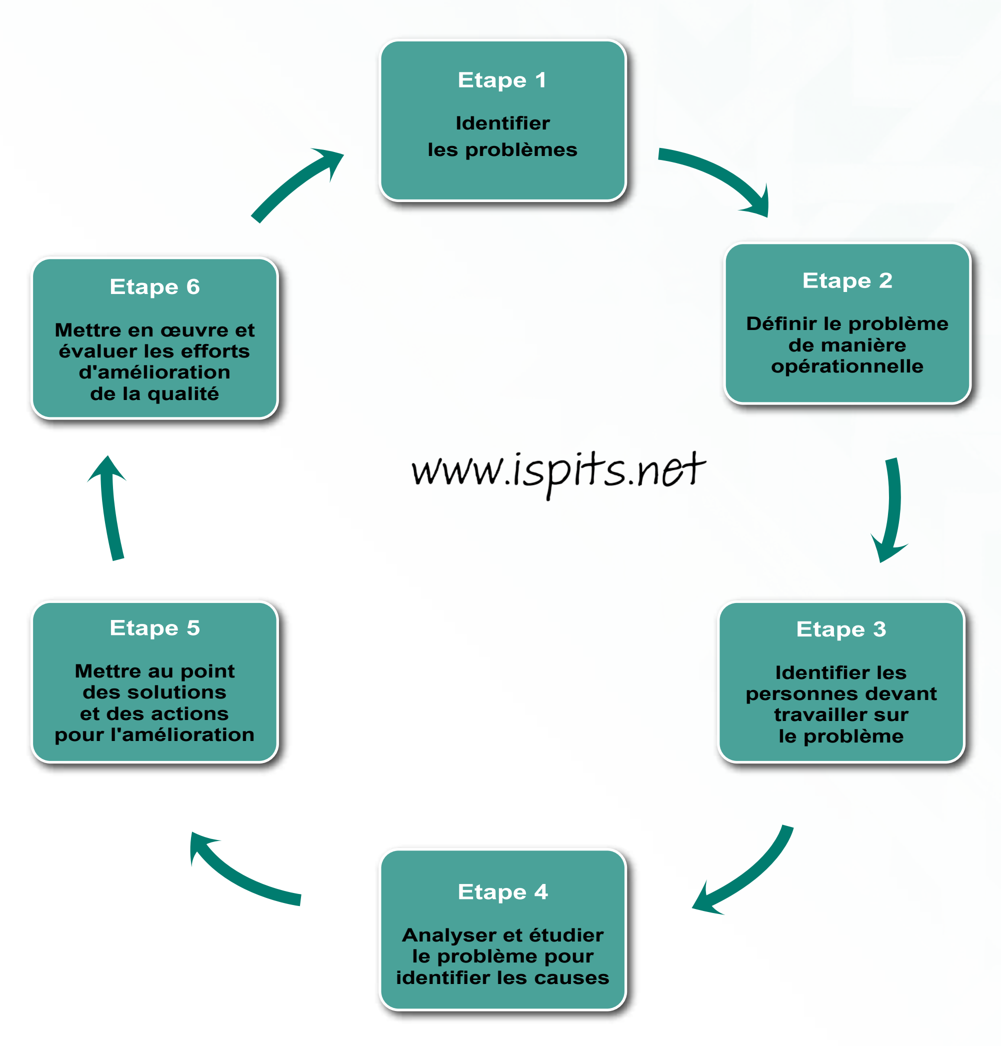


Figure 3. Le cycle de la résolution des problèmes

G. Quelques approches de la qualité

1. Le Concours Qualité (CQ)

Il s'agit d'une approche systématique d'amélioration du management et de la qualité des soins. Focalisé sur la qualité du processus à travers une compétition positive et volontaire, il vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement de l'ensemble du système. Le CQ dans sa première édition a été lancé au Maroc en 2007.

2. La certification

La certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé (soignants et gestionnaires) indépendants, concernant l'ensemble de leur fonctionnement et de leurs pratiques. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient à travers la promotion des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

➢ *Exemple au Maroc : certification des maisons d'accouchement*

3. L'accréditation

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des pairs, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé.

➢ *Exemple au Maroc : lancement de l'accréditation hospitalière en 2009*

Chapitre V :

Leadership et mobilisation des équipes

Objectif général

Développer les compétences en matière de gestion et de leadership d'équipe.

Objectifs spécifiques

- Utiliser les mécanismes de rationalisation des ressources humaines. (polyvalence, intégration, plan de redéploiement, fiches de postes, charge de travail, système de roulement).
- S'initier aux principes de motivation de l'équipe (reconnaissance, formation continue, délégation des tâches, approche participative…).
- Prendre connaissance des principaux outils de gestion des conflits interpersonnels.

Leadership

A. Quelques définitions

«Le **Leadership** est une relation d'influence entre les leaders et les suiveurs qui cherchent à apporter des changements réels reflétant leurs intentions mutuelles.» Joseph C.Rost.

«Le **Leadership** est une activité, un processus d'influence au sein duquel une personne acquiert la confiance et l'engagement des autres et, sans se fier aux positions formelles ou à l'autorité, amène le groupe à accomplir une ou plusieurs tâches.» Walter F.Ulmer.

B. Le management et le leadership

«Le management et le Leadership sont des concepts distincts qui ne doivent pas être utilisés de manière interchangeable.» Kotler, 1990.

Un bon manager peut donc ne pas être un leader, de même qu'un leader efficace peut s'avérer un piètre manager.

C. Les formes de leadership

- Le leadership formel est exercé par des personnes qui sont nommées ou élues à un poste qui leur confère une autorité officielle au sein d'une organisation ;
- Le leadership informel est exercé par des personnes dont l'ascendant tient à des compétences particulières qui leur permettent de répondre aux besoins de leurs collègues.

Les qualités humaines d'un leader

Un leader doit avoir un certain nombre de qualités humaines en vue d'assumer efficacement ses rôles. Parmi ces qualités on peut citer :

- Capacité de communiquer ;
- Capacité d'organiser ;
- Capacité de bâtir une organisation efficace ;
- Capacité de motivation et de mobilisation ;
- Capacité de s'adapter aux changements ;
- Compétences techniques.

D. Les cinq qualités-clés ou le leader à 5 étoiles

1. Vision partagée ;
2. Exemplarité ;
3. Succès dans l'action ;
4. Appréciation des membres du groupe ;
5. Préparation de la relève.

Mobilisation d'une équipe

Une équipe est un groupe de personnes en interaction ayant une vision commune ce qui implique la répartition des tâches et la convergence des efforts de chacun de ses membres.

Une équipe de travail est caractérisée par :

- une cible commune, un but ultime à atteindre et un produit final à réaliser ;
- une tâche, c'est-à-dire une opération qui s'appuie sur les moyens, ressources et outils de chacun ainsi que sur une procédure spécifique à suivre ;
- la mutualisation des efforts de chacun des membres, c'est-à-dire une collaboration lors de la réalisation des tâches.

1. Les éléments nécessaires à la bonne marche d'une équipe

1.1. La communication

Etablir la communication par des réunions périodiques de groupes et par d'autres moyens afin de développer une dynamique de groupe.

1.2. Perception de l'objectif commun

Il est nécessaire de définir l'objectif commun ou de le rappeler lorsqu'il n'est pas suffisamment clair.

1.3. Charte de travail

L'élaboration par l'équipe d'une charte de travail fixant des valeurs communes permettrait d'éviter les conflits et de respecter les principes fondamentaux prédéfinis.

1.4. Répartition des tâches

Chaque membre de l'équipe est appelé à assumer ses responsabilités et accomplir ses tâches définies en fonction de son profil et de son expérience, selon les besoins du service.

1.5. Prise de décision

La décision peut être prise de différentes manières :

- **par consensus :** c'est le mode le plus approprié de prise de décision ;
- **à l'unanimité :** tout le monde est d'accord ;
- **à la majorité :** ce n'est pas une manière souhaitable, mais elle est parfois nécessaire pour l'arbitrage. L'outil généralement utilisé est le vote.

1.6. Mécanisme d'auto-évaluation

Au stade le plus élaboré de la communication intra-équipe, l'équipe parvient à s'auto-évaluer et à être capable de regarder la réalité telle qu'elle est, mais aussi de "déculpabiliser" dans un but d'amélioration continue.

2. La motivation de l'équipe

Elle se définit comme un ensemble de facteurs déterminant l'action et le comportement d'un individu pour atteindre un objectif ou réaliser une activité. C'est la combinaison de l'ensemble des raisons, conscientes ou non, collectives et individuelles, qui incite l'individu à agir au sein d'une équipe.

On considère généralement que tout comportement humain est motivé, en ce sens qu'il est dirigé vers la satisfaction des besoins fondamentaux (physiologiques et psychologiques), que l'on peut hiérarchiser selon le modèle de Maslow :

- **besoins physiologiques :** nourriture, repos, activité sexuelle ;
- **besoins de sécurité :** abri, vêtements, emploi, environnement ;
- **besoins sociaux :** appartenance à un groupe, communication, participation ;
- **besoins d'estime :** reconnaissance des mérites, considération, impression d'utilité, avancement, statut ;
- **besoin d'accomplissement, de réalisation, d'épanouissement :** pouvoir, responsabilité, succès, compétence.

Sur la base de la classification de Maslow, on peut donner quelques exemples de **besoins secondaires** dans le contexte des services de santé.

Besoin de reconnaissance : chaque poste a son importance dans un service de santé. Reconnaître le travail de chacun, c'est respecter le travail de l'autre. Le besoin de reconnaissance peut se situer à différents niveaux, reconnaissance par les pairs (son groupe professionnel, ses collègues), par l'administration (possibilité de promotion), par le patient (appréciation, gratitude) et, enfin par soi-même (être en accord avec ses principes moraux, son idéologie, sa religion). L'important est de ne pas être restreint à un seul pôle de reconnaissance.

Besoin d'appartenance : c'est pouvoir participer activement aux activités et aux décisions prises au niveau du centre de santé, en tant que membre de l'équipe.

Besoin d'accomplissement : c'est laisser la place à la créativité, à l'initiative, à l'utilisation de ses compétences. L'épanouissement professionnel passe par la formation continue, la possibilité de mettre ensuite en pratique ses nouvelles connaissances.

Parmi les facteurs de motivation des professionnels de santé, on peut citer :

- l'introduction des indemnités de garde et d'astreinte, d'équipe mobile, de responsabilité ;
- la possibilité d'introduire une prime de rendement ; cela peut stimuler et peut être une reconnaissance de l'engagement du personnel ;
- l'attribution d'un logement de fonction en milieu rural ;
- des conditions de travail favorables ;
- la formation continue du personnel : participation à des séminaires… ;
- les marques de considération sous forme non monétaire comme la lettre de reconnaissance, les articles de presse sur le travail de personnels très performants avec éventuellement des photographies, etc.

Mécanismes et outils de rationalisation de l'équipe

1. Polyvalence et redéploiement du personnel

L'allocation du personnel d'une Circonscription Sanitaire doit être planifiée.

La polyvalence du personnel facilite le roulement sur les différents programmes et activités assurées au niveau du centre de santé (passage à tour de rôle par les diverses unités pour assurer la continuité des soins).

Un plan annuel de redéploiement devrait être élaboré par l'équipe pour assurer la continuité des services.

2. Intégration des services de soins

Pour pouvoir offrir, à chaque moment, un dosage optimal de soins (curatif, préventif, promotionnel ou de réhabilitation), ces derniers doivent être intégrés.

Chaque membre de l'équipe doit intégrer dans son comportement la responsabilité pour les différents types de soins en fonction des besoins et des risques. Mais si l'équipe doit rester petite, il faut aménager l'horaire de travail et organiser un système de référence interne d'une activité à l'autre. Lorsque les soins sont intégrés, le développement d'une activité potentialise les performances d'autres activités.

- *Par exemple, si une femme se présente avec une pneumopathie, il faut prévoir, si elle est enceinte, une surveillance de sa grossesse.*
- *Un enfant qui se présente pour une angine doit bénéficier d'un passage par la cellule de SMI pour vérifier son état vaccinal, par exemple.*

3. La fiche de poste

C'est un document qui décrit les diverses composantes d'un poste : les tâches, les responsabilités et le contexte de travail ainsi que les habiletés, les connaissances et les comportements requis.

La **fiche de poste** constitue un outil de base en gestion des ressources humaines, qui clarifie les rôles : qui fait quoi ? Elle est évolutive et doit s'adapter aux changements organisationnels récurrents. Elle permet de :

- planifier le nombre des effectifs requis ;
- identifier les besoins de formation ;
- suivre l'évaluation du rendement du personnel ;
- estimer la charge de travail ;
- réorganiser le travail.

Elle comprend les éléments suivants :

❖ **L'identification du poste :**

- nom du service où se situe le poste ;
- titre du poste ou désignation de la fonction ;
- hiérarchie pour situer le poste.

❖ **Les responsabilités et les tâches ;**

❖ **Les exigences reliées à la fonction** (profil de poste) indiquent la formation de base, les connaissances spécifiques, l'expérience, les aptitudes et les habiletés (qualités personnelles) requises pour occuper le poste.

La gestion des conflits

1. Définition

Le conflit signifie la rencontre de sentiments ou d'intérêts qui s'opposent : querelles, désaccords, luttes de pouvoir… Si cette opposition d'intérêts n'est pas traitée, elle peut avoir des conséquences négatives voire dramatiques sur l'individu (perte de confiance, de performance, de dynamisme, problèmes de santé…) et sur l'organisation (baisse de la productivité, mauvaise image externe…).

La genèse d'un conflit dépend de trois éléments : les protagonistes, le différend et terrain sur lequel auront lieu les hostilités.

2. Les types de conflit

- **Les conflits d'intérêt :** l'enjeu se trouve limité à un objet, à un avantage, à l'exercice d'un pouvoir.
- **Les conflits d'identité :** il s'agit non pas d'acquérir un avantage, mais de rejeter l'autre.
- Les conflits d'autorité et les conflits de pouvoir : ils apparaissent entre des personnes de même rang hiérarchique qui s'opposent suite à l'empiètement par l'un sur les compétences de l'autre.
- **Les conflits de concurrence ou de rivalité :** ils sont principalement perceptibles où la compétitivité, la recherche du résultat et sa quantification sont rendues nécessaires.
- **Les conflits de génération :** ils sont très souvent observables dans les organisations, et leur nombre ne cesse de croître avec la différence d'âge et les avancées technologiques.
- **Le conflit mimétique :** il s'agit d'un conflit qui naît de l'apprentissage par mimétisme d'un apprenti auprès de son supérieur et qui va dépasser son «maître». Ainsi, souvent, on va voir naître le conflit entre «le théorique» et «la pratique». L'apprenti va dépasser celui qui détient le savoir théorique par une activité pratique assidue et maîtrisée.
- **Le conflit d'opinion ou idéologique :** il relève des différences de valeur ou de croyance.
- **Le malentendu :** c'est le plus fréquent des conflits et, heureusement, le plus facile à résoudre. Il résulte toujours d'une erreur d'interprétation.

3. La résolution des conflits

Les attitudes face aux conflits :

- conciliation : réconcilier les parties (gagnant-gagnant) ;
- style de compromis : assurer équité et le consentement des deux parties ;
- style de coopération : rechercher la coopération ;
- abstentionnisme : éviter la confrontation et ne pas tenir compte du conflit ;

La prévention des conflits :

a) **être attentif aux symptômes :** avoir un ou des indicateurs susceptibles de nous alerter sur un conflit qui risque de s'aggraver s'il n'est pas géré rapidement ;

b) **accorder une importance au climat organisationnel :** il est plus aisé de résoudre un conflit lorsque l'environnement est sain et positif ;

c) **savoir gérer le conflit :** votre rôle en tant que membre de l'équipe devrait se limiter à intervenir sur les comportements qui influencent le travail des personnes.

Voici quelques principes de base à appliquer pour prévenir les conflits :

- **la neutralité :**
- **le désir de règlement :** une résolution de conflits efficace doit reposer sur la recherche d'une solution et non sur le fait de vouloir se débarrasser du problème.
- **l'utilisation des faits :** c'est la meilleure arme contre les différences de perception. Il arrive souvent, dans le feu de la discussion, que l'on s'éloigne des faits pour laisser toute la place aux émotions. En utilisant des faits, il est beaucoup plus aisé d'avoir des discussions objectives.

Chapitre VI :

Gestion des ressources logistiques et informationnelles

Objectif général

Maîtriser le processus de la gestion des ressources : médicaments, patrimoine, matériels et moyens de mobilité.

Objectifs spécifiques

- Maîtriser le processus de la gestion des médicaments.
- Connaître les procédures de la gestion du patrimoine immobilier (terrain, bâtiment).
- Maîtriser la gestion du matériel.
- Maîtriser la gestion des moyens de mobilité (vélomoteurs, ambulances et autres…).

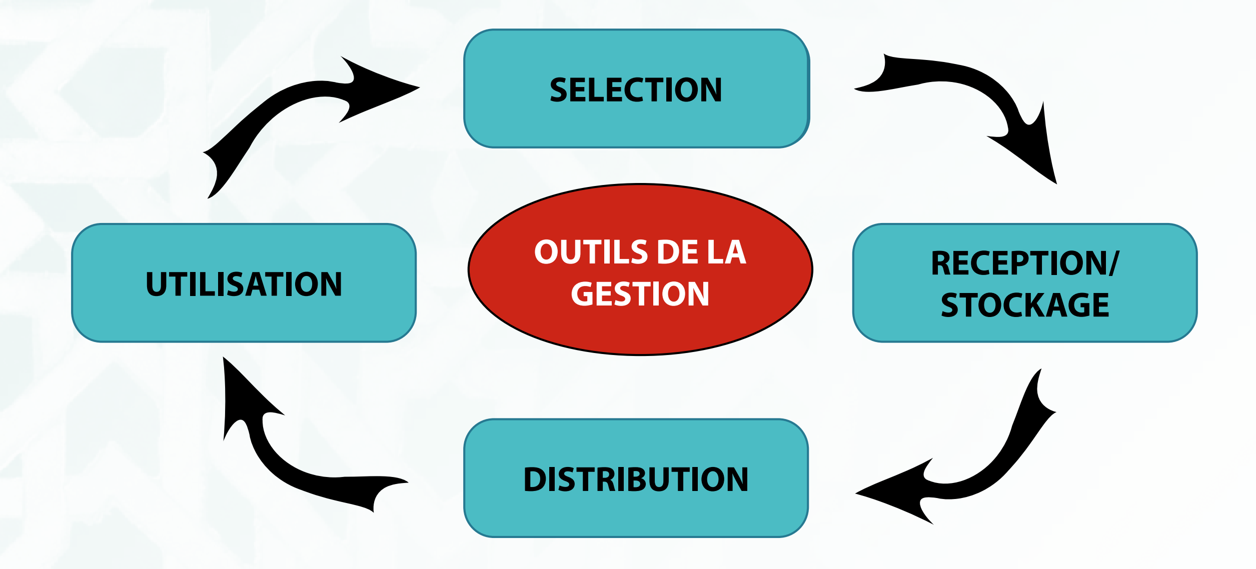
La gestion des médicaments

La gestion des médicaments et des dispositifs médicaux est une tâche fondamentale pour le bon fonctionnement des structures de soins.

A. Cycle logistique

Les fonctions de base d'un cycle de gestion, dans tout système d'approvisionnement en médicaments, sont fondées sur 4 étapes : la sélection des médicaments, l'acquisition/stockage, la distribution et l'utilisation.

Schéma du cycle de la gestion des médicaments



1. La sélection

C'est la première étape de l'approvisionnement en médicaments. Elle doit être préparée en collaboration avec l'infirmier, le médecin et le responsable du dépôt. En effet, les médicaments et les dispositifs médicaux doivent être constamment disponibles en stock pour permettre à la formation sanitaire de fonctionner normalement.

Avant d'établir une commande, il faut au préalable préciser la date et le rythme des commandes : **quand faut-il commander ?**

1.1. Sélectionner les médicaments : quels médicaments faut-il commander ?

L'équipe du centre de santé doit se référer à la liste des médicaments et dispositifs médicaux essentiels disponibles au niveau de la pharmacie provinciale qui est issue de la liste nationale.

1.2. Estimer les quantités de médicaments nécessaires : combien faut-il en commander ?

Une commande exige de déterminer au préalable les besoins, en tenant compte du stock initial des médicaments et du budget alloué au centre de santé et en se basant sur deux méthodes complémentaires :

- la méthode d'estimation basée sur les morbidités (Réf. guide de gestion des médicaments).
- la méthode d'estimation des besoins basée sur la consommation antérieure.

1.2.1. La Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) : c'est le paramètre le plus important pour l'estimation des besoins en médicaments. La CMM sera calculée régulièrement grâce aux fiches de stock.

Cet outil, permettent au responsable de la pharmacie de comptabiliser par mois ou par période les sorties de chaque médicament et consommable.

La CMM sera inscrite sur la fiche de stock de chacun des médicaments et les consommables médicaux.

CMM = stock début de mois - stock fin de mois

1.2.2. Le Stock de Roulement (SR) : il s'agit du stock pour satisfaire la demande entre les livraisons, il doit tenir compte de la périodicité et du délai de livraison.

1.2.3. Le Stock de Sécurité (SS) : c'est une réserve qui permet de toujours avoir les produits en cas de rupture de stock, elle correspond à la moitié de consommation entre deux commandes.

Il est aussi appelé stock de réserve ou stock-tampon. Il protège contre les ruptures de stock éventuelles, si les livraisons sont en retard ou si le stock de roulement est consommé plus vite que prévu. Il fixe le seuil en dessous duquel le stock disponible ne doit jamais descendre.

1.2.4. Le Stock Minimum (SMin) : c'est le stock définissant le point de commande pour couvrir les délais d'approvisionnement et le stock de sécurité. Si le stock restant est égal au stock minimum, il faut lancer la commande.

1.2.5. Le Stock Maximum (SMax) : il est égal au stock de roulement ajouté au stock minimum.

1.2.6. La Quantité A Commander (QAC) : elle doit tenir compte du stock disponible restant dans la pharmacie. Elle est égale au stock maximum moins le stock disponible.

1.2.7. Le Seuil de Réapprovisionnement (SR) : il est appelé aussi seuil d'alerte ou point de commande, il est défini par le stock minimum.

2. L'acquisition/stockage

2.1. L'acquisition

C'est le moment où le fournisseur livre la commande au demandeur. A ce niveau, le responsable de la pharmacie ou tout autre agent habilité doivent vérifier :

- la conformité du bon de commande et du bon de livraison : adéquation entre les produits commandés et les produits livrés (quantité, forme, dosage) ;
- les dates de péremption ;
- la qualité et les quantités de médicaments livrés: compter le nombre de boîtes et vérifier leur état.

Le transport des médicaments doit faire l'objet d'une grande attention de la part de la personne venue chercher la commande. Les moyens de transport utilisés ne sont pas toujours adaptés au transport des produits fragiles comme les médicaments (flacons en verre, ampoules...).

Certaines précautions doivent donc être prises pour éviter la perte de produits :

- protéger les médicaments contre le soleil et la pluie ;
- ne pas mettre les ampoules et flacons en verre au fond du carton ;
- bien immobiliser le carton pendant le transport.

Au moment de la réception des médicaments, il faut tout d'abord:

- commencer par ranger toute la livraison dans la zone de contrôle ou zone de réception et laisser un espace libre pour pouvoir déplacer éventuellement les produits :
- compter le nombre de cartons livrés ;
- mettre à part les cartons vrac: les ouvrir et vérifier en premier ;
- mettre ensemble tous les cartons de médicaments de même DCI ;
- mettre ensemble tous les cartons de dispositifs médicaux ;
- compter tous les articles de la commande qui ne sont pas dans les cartons d'origine : ils doivent être ouverts et vérifiés ;
- vérifier la dénomination, la forme et le dosage des différents produits ;
- vérifier la dénomination et les spécifications techniques (taille, gauge) des différents articles du matériel médical ;
- vérifier les dates de péremption et ranger les cartons selon la règle FIFO en inscrivant dessus la DCI et la date de péremption au marqueur ;
- établir le PV de réception et le classer avec le BL ;
- inscrire les différents articles sur leurs fiches de stock respectives ;
- ranger les différents produits dans leurs places respectives sur les étagères de la pharmacie.

2.2. Le stockage

Le stockage consiste à ordonner les produits du dépôt et permettre ainsi l'accès facile et rapide aux médicaments et produits consommables, et aussi pour une bonne visibilité des familles de produits et des différents articles grâce à une bonne lisibilité des supports mis en place.

La disposition et le rangement des médicaments et des produits consommables doivent être logiques et correspondre au circuit : réception, stockage, distribution.

Quelle que soit la classification adoptée, elle devra se retrouver à tous les niveaux du système de gestion : commande, stockage, distribution, dispensation, afin de faciliter l'ensemble des procédures.

Le local doit être aéré et permettre de protéger les médicaments de l'humidité, de la chaleur, de la lumière, de la poussière, des insectes pour éviter qu'ils ne s'altèrent. Le toit doit être étanche (éviter les eaux de pluie).

Dans le cas idéal, il faut séparer le dépôt en 4 zones :

- zone médicaments ;
- zone dispositifs médicaux ;
- zone produits lourds (soluté massif) ;
- zone de réserve.

2.2.1. Les médicaments

- Classer les médicaments par famille thérapeutique (antibiotiques, antihistaminiques, antalgiques…) ; à l'intérieur de chaque famille, les produits sont classés par ordre alphabétique.
- Indiquer devant chaque médicament une fiche de produit comportant le nom générique, la DCI, la forme, le dosage, le code du médicament et la date de péremption.
- Ranger les médicaments dont la date de péremption est la plus proche par la méthode Premier Entré-Premier Sorti (First In-First Out = FIFO).

Il y a lieu de prévoir une pièce ou une armoire fermant à clé pour les produits psychotropes. En outre, ils doivent faire l'objet d'une procédure spécifique de distribution. Un registre spécifique de gestion des produits psychotropes doit être disponible dans l'armoire et être utilisé pour l'enregistrement de tous les mouvements (entrées, sorties, provenance, destination de ces médicaments). Les quantités sont toujours notées à l'unité.

2.2.2. Les dispositifs médicaux

Etant donné la diversité des articles stockés, il est préférable de ne pas utiliser l'ordre alphabétique strict mais de regrouper les articles par catégorie de produit : matériel d'injection, pansements, sutures…

- Ranger le matériel et les consommables selon les catégories ou groupe de produits :
  - sondes et drains ;
  - objets de pansement ;
  - matériel d'injection ;
  - ligatures ou sutures ;
  - films et accessoires radiologiques ;
  - petit matériel médical.

- Classer le matériel médical et les consommables à l'intérieur de chaque groupe ou catégorie de produits selon les spécifications techniques (taille, gauge).
- Placer devant chaque produit une fiche de produit : le nom et les spécifications techniques (taille, références, gauge).
- Ranger les produits selon les dates de péremption : le premier «expiré», le premier sorti.

3. La distribution

Avant de délivrer un médicament au malade, il faut s'assurer d'avoir compris la prescription. Le responsable doit bien lire l'ordonnance et demander des précisions au médecin prescripteur s'il éprouve une quelconque difficulté. Un bon rangement facilitera la localisation du médicament.

4. L'usage rationnel des médicaments

4.1. Définition de l'usage rationnel des médicaments

Selon l'OMS, l'usage rationnel des médicaments suppose que les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, selon des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour eux-mêmes et pour leur communauté.

4.2. Problème de l'usage irrationnel des médicaments

L'usage irrationnel ou non rationnel des médicaments est un problème mondial majeur. L'OMS estime que plus de la moitié des médicaments sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée. En même temps, environ un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels.

Les types courants d'usage irrationnel des médicaments sont :

- l'usage d'un trop grand nombre de médicaments par patient ;
- l'usage inapproprié d'antibiotiques, souvent en posologies inadéquates, pour le traitement d'infections non microbiennes ;
- l'usage abusif de produits injectables quand des formulations orales seraient plus appropriées ;
- la non-conformité des pratiques de prescription aux directives thérapeutiques ;
- l'automédication inappropriée et fréquente de médicaments disponibles uniquement sur ordonnance.

5. Les produits hors d'usage

Tout produit médical consommable a une date limite d'utilisation jusqu'à laquelle le fabricant garantit sa stabilité ou sa stérilité. C'est la date de péremption ou d'expiration, elle est inscrite sur l'emballage.

Lors de chaque inventaire, le responsable vérifie la date de péremption de chaque produit.

Un produit est considéré comme périmé et doit être retiré du stock et de la circulation à partir du premier jour du mois de péremption.

La pharmacie provinciale a la charge de la destruction des produits périmés, cassés et détériorés. Tous ces produits sont enregistrés dans la colonne «sorties» de la fiche de stock et comptabilisés en tant que pertes de stock. Ils n'entrent pas dans les consommations mensuelles du dépôt.

6. Les outils de gestion et la procédure d'inventaire

a) La main courante

b) La fiche de stock

La fiche de stock est le principal outil de gestion. Pour chaque article, médicament et matériel, une fiche de stock est établie et régulièrement mise à jour par un seul et même agent. Elle permet de :

- identifier tous les mouvements de stock : entrées et sorties ;
- connaître à tout moment le niveau théorique des stocks ;
- prévoir correctement les commandes ;
- calculer la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) pour chaque produit.

c) Le bon de commande

Les bons de commande pré-imprimés facilitent la rédaction des commandes et évitent ainsi les erreurs de transcription.

d) Le bon de livraison

C'est une copie de la liste des produits livrés. Il est rempli en double exemplaire par la pharmacie provinciale : l'un reste à la pharmacie et le deuxième est destiné à la structure sanitaire.

e) Le procès-verbal de réception

Il s'agit du document qui confirme la quantité qui entre dans le dépôt au moment de la réception. Il permet de justifier les casses, les détériorations, les pertes ou les vols de produits qui peuvent se produire au cours du transport depuis le fournisseur. Une fois archivé, il fait office de registre des entrées.

7. Les indicateurs de suivi-évaluation

Pour répondre au problème de l'usage irrationnel des médicaments, la prescription, la distribution et l'usage par les patients devraient être régulièrement surveillés. Les indicateurs fondamentaux d'utilisation des médicaments élaborés en 1993 par l'OMS en collaboration avec l'INRUD (Réseau international pour l'usage rationnel des médicaments) peuvent être utilisés pour identifier les problèmes généraux de la prescription et de la qualité des soins dans les services de soins de santé primaires.

❖ **Les indicateurs de prescription**

Indicateurs de prescription	Explications
Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	Mesure le degré de la "polypharmacie".
% des médicaments prescrits par nom générique	Mesure la tendance à prescrire des médicaments génériques.
% de prescriptions avec au moins un produit injectable	Mesure le niveau global d'utilisation de deux formes de traitement médicamenteux importantes, mais dont il est fréquemment fait un usage excessif.
% des médicaments prescrits figurant sur une liste des médicaments essentiels	Détermine jusqu'à quel point les pratiques sont conformes à une politique pharmaceutique nationale d'après les prescriptions de médicaments figurant sur la liste nationale de médicaments essentiels ou sur le formulaire correspondant au type de service étudié.

❖ **Les indicateurs de soins aux malades**

Indicateurs	Explications
Durée moyenne de la consultation	Mesure le temps que le personnel médical consacre à la consultation et à la prescription.
Durée moyenne de la délivrance	Mesure le temps que le personnel chargé de délivrer les médicaments consacre en moyenne aux malades.
% des médicaments effectivement délivrés	Mesure jusqu'à quel point les services de santé sont en mesure de délivrer les médicaments prescrits.
% des patients connaissant la posologie exacte	Mesure l'efficacité des renseignements donnés aux malades sur la posologie des médicaments qu'ils reçoivent.

❖ **Les indicateurs des services de santé**

Indicateurs	Explications
- **Existence d'une liste de médicaments essentiels pour les praticiens**	Détermine si des exemplaires de la liste nationale de médicaments essentiels ou du formulaire local sont disponibles dans les centres de santé.
- **Disponibilité de directives cliniques**	
- **Disponibilité de médicaments vitaux**	Détermine si les centres de santé disposent des médicaments vitaux recommandés pour le traitement de certaines pathologies courantes.

❖ **Les indicateurs complémentaires d'utilisation des médicaments**

Indicateurs	Explications
Coût moyen des médicaments par ordonnance	Mesure le coût des traitements médicamenteux.
% des prescriptions conformes aux directives thérapeutiques	Mesure la qualité des soins dispensés pour certains états pathologiques importants dont le traitement médicamenteux est régi par des normes précises définies localement.

La gestion des déchets

A. Cadre réglementaire

- Loi-cadre n° 99/12 portant Charte nationale de l'environnement et du développement durable.
- Loi 28/00 relative à la gestion des déchets et à leur élimination.
- Décret n° 2.07.203 du 18/7/2008 portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux.
- Décret n° 2.09.139 du 21/5/2009 relatif à la gestion des DMP.
- Décret n° 2.12.172 du 4/5/2012 fixant les prescriptions techniques relatives à l'élimination et aux procédés de valorisation des déchets par incinération.

B. Définitions

1. Les déchets

Tout résidu résultant d'un processus d'extraction, d'exploitation, de transformation, de production, de consommation, d'utilisation, de contrôle ou de filtration et, d'une manière

générale, tout objet et matière abandonnés ou que le détenteur doit éliminer pour ne pas porter atteinte à la santé, à la salubrité publique et à l'environnement.

2. Les déchets ménagers et assimilables

Les déchets ménagers et assimilables sont issus des activités non médicales. Ils sont composés des ordures ménagères, des emballages de conditionnement, des déchets administratifs, des travaux, etc.

Cette catégorie de déchets représente 75 à 90% de l'ensemble des déchets des formations sanitaires.

3. Les déchets médicaux et pharmaceutiques

- Tout déchet issu des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, palliatif ou curatif dans les domaines de la médecine humaine ou vétérinaire.
- Tous les déchets résultant des activités des hôpitaux publics, des cliniques, des établissements de recherche scientifique, des laboratoires d'analyses opérant dans ces domaines et de tous établissements similaires.
- Ces déchets peuvent être des objets piquants et tranchants (seringues et aiguilles, lames de bistouri, débris de verre, etc.) ; des pièces anatomiques (placentas et annexes, tissus, cultures, sang et dérivés…) ; des fongibles contaminés (tubulures, coton, couches, pansements…) ou des produits pharmaceutiques…

Cette catégorie représente environ 10 à 25% de l'ensemble des déchets produits par les établissements de soins.

C. Les déchets dangereux

Toutes les formes de déchets qui, par leur nature dangereuse, toxique, réactive, explosive, inflammable, biologique ou bactérienne, constituent un danger pour l'équilibre écologique tel que fixé par les normes internationales dans ce domaine ou contenu dans des annexes complémentaires.

Les personnes exposées aux risques

Tout individu en contact avec les déchets d'activités de soins est potentiellement exposé aux risques encourus par ces déchets.

Les professionnels de santé qui manipulent les objets piquants et coupants souillés sont exposés aux risques de blessure et d'infection.

Les éboueurs peuvent être piqués ou coupés par un matériel souillé lors du transport de déchets mal conditionnés.

Les récupérateurs peuvent être blessés lors de la fouille ou de la manipulation des déchets dans les décharges publiques.

D. La gestion des déchets

Toute opération de précollecte, de collecte, de stockage, de tri, de transport, de mise en décharge, de traitement, de valorisation, de recyclage et d'élimination des déchets.

1. Précollecte des déchets

C'est l'ensemble des opérations organisant l'évacuation des déchets depuis le lieu de leur production jusqu'à leur prise en charge par le service de collecte de la commune ou de tout autre organisme habilité à cet effet.

2. Collecte des déchets

C'est toute action de ramassage des déchets par la commune, par un groupement de communes ou par tout autre organisme habilité à cet effet.

3. Traitement des déchets

C'est toute opération physique, thermique, chimique ou biologique conduisant à un changement dans la nature ou la composition des déchets en vue de réduire, dans des conditions contrôlées, le potentiel polluant ou le volume et la quantité des déchets ou d'en extraire la partie recyclable.

4. Elimination des déchets

C'est toute opération d'incinération, de traitement, de mise en décharge contrôlée ou tout procédé similaire permettant de stocker ou de se débarrasser des déchets conformément aux conditions assurant la prévention des risques pour la santé de l'homme et de l'environnement.

E. Processus de gestion des déchets de soins

Le processus de gestion des déchets des établissements de soins comprend 5 étapes.

1. Tri et conditionnement

1.1. Tri

C'est une opération qui s'effectue sur le site de la production et à travers laquelle chaque catégorie de déchet est mise dans un sac ou conteneur qui lui convient et orientée vers une filière précise.

Une grande vigilance doit caractériser les modalités de tri des déchets afin d'éviter que les déchets à risques ne se mélangent avec les déchets assimilables aux ordures ménagères.

1.2. Conditionnement

Le conditionnement est destiné à contenir les déchets de soins. Il constitue une barrière physique contre les micro-organismes pathogènes qu'ils contiennent.

Par un système de codage "chromocodage" au moyen de couleurs permet de repérer les conteneurs dans lesquels les déchets doivent être entreposés après avoir été triés – par exemple jaune ou rouge pour les déchets infectieux et noir pour les déchets non infectieux.

2. Collecte ou manipulation

La manipulation concerne les conditions de collecte, de pesage et d'entreposage.

3. Stockage

Les locaux pour le stockage doivent être d'une capacité adaptée aux quantités des déchets produits et à la fréquence de leur évacuation.

4. Transport

Il couvre le transport du site de stockage au site de traitement, il peut s'agir du transport pour un traitement interne ou externe à l'établissement :

- Pour le transport à l'intérieur de l'établissement, il doit être effectué moyennant des chariots adaptés et réservés à cet usage. Les chariots doivent être à parois pleines et lisses, étanches et munis de couvercles. Ils doivent être systématiquement lavés et désinfectés avant leur retour.
- Pour le transport à l'extérieur de l'établissement, les véhicules utilisés seront également réservés à ce seul usage. Leurs caractéristiques techniques permettent la sécurité du personnel et de la population à l'égard des risques liés à la nature des déchets transportés. Les bennes des véhicules doivent être elles aussi systématiquement lavées et désinfectées avant le retour à l'établissement.

5. Traitement et élimination des déchets de soins

L'objectif principal du traitement des déchets à risques est de réduire la quantité des germes pathogènes dans les déchets. La réduction du volume devra être considérée en deuxième priorité.

Plusieurs techniques de traitement sont appliquées dans le monde, par exemple : l'incinération à basse, moyenne et haute températures, l'autoclavage, le traitement par micro-ondes et le traitement chimique…

5.1. Neutralisation

C'est, avant leur élimination, le mélange des déchets avec du ciment de façon à réduire le risque de fuite de substances toxiques qui y sont contenues.

5.2. L'incinération

5.3. Désinfection par micro-ondes, thermique et chimique

5.4. Encapsulation

C'est une technique qui consiste à immobiliser, c'est-à-dire encapsuler, les déchets piquants et coupants et les déchets pharmaceutiques et chimiques dans des flacons, barils ou tonneaux. On les remplit avec les déchets, puis on complète avec du plâtre, du bitume ou asphalte ou de l'argile. Les couvercles doivent être soudés avant le dépôt des tonneaux dans la décharge.

L'avantage de cette technique est qu'elle n'est pas coûteuse. Elle est aussi sûre, car elle évite toute activité de chiffonnage.

La gestion du patrimoine de la C/S

A. Introduction

Le patrimoine de l'Etat se compose de biens meubles et immeubles.

Les biens immeubles sont géré par l'administration centrale en coordination avec la Direction des domaines de l'Etat (acquisition, affectation, désaffection ou cession). Les biens meubles sont gérés par les administrations qui ont procédé à leur acquisition.

B. Biens immeubles

1. Bâtiments

1.1. Formations sanitaires

1.1.1. Entretien et aménagement

Un programme d'emploi doit être adressé à la Délégation provinciale de la Santé avant la fin du mois de mai de chaque année pour permettre d'en tenir compte pour la préparation du budget suivant.

Après notification des crédits à la DPS, le programme d'emploi des différentes C/S sera discuté au siège de la DPS pour les adapter aux moyens accordés ; en d'autres termes, il sera procédé à une priorisation des domaines d'intervention.

1.1.2. Vol et incendie

En cas de vol ou d'incendie, le M/C de la C/S doit établir un rapport circonstancié (le plus détaillé possible) et l'envoyer à la DPS (en 2 exemplaires).

La gendarmerie ou la police de la circonscription seront saisies par la DPS sous couvert de la voie hiérarchique pour établir un rapport.

2. Logements

2.1. Création

Quand un logement administratif est construit, ou quand un bâtiment construit est affecté à l'usage d'habitation, il est établi en 4 exemplaires la fiche n° 1 de création de logement. Celle-ci indique sa consistance (nombre et superficie des pièces, sanitaire, garage ou jardin), l'identité de l'agent attributaire (grade, PPR…) ; elle doit être remplie avec soin. Il lui est adjoint une fiche de renseignements.

2.2. Attribution

Le logement créé pour la première fois est attribué obligatoirement à un fonctionnaire relevant du Ministère dont dépend le logement suivant des paramètres fixés par la circulaire ministérielle n° 1/DAA/DEM/PAT du 23/01/1987 relative à l'attribution des immeubles domaniaux à usage d'habitation.

Le M/C de la C/S, avant de remettre les clés au fonctionnaire, doit au préalable établir un PV de constat des lieux après avoir reçu la note de service d'attribution de logement à l'intéressé.

Tout fonctionnaire qui quitte un logement et qui aurait causé des dégâts est obligé, sous peine de sanction, de les réparer avant de quitter définitivement le logement et avant la remise des clés.

Pour permettre à l'Administration de demander la régularisation de la situation locative de l'agent sortant, la DPS doit établir la fiche n° 4 (évacuation) en indiquant l'identité de l'agent et la date exacte d'évacuation.

3. Terrains d'implantation des etablissements sanitaires

Les responsables des établissements sanitaires de base doivent :

- connaître les limites et la superficie des terrains appartenant à la Santé et de préférence avoir une copie du levé topographique et du PV d'affectation le cas échéant ;

- établir et mettre à jour les fiches de renseignement concernant les formations sanitaires (modèle BOSS) et les envoyer à la DPS à la fin de chaque semestre ;
- envoyer des réclamations aux autorités locales et à la DPS en cas d'occupation illicite du terrain par qui que ce soit ;
- plaidoyer auprès de la DPS ou autres partenaires pour protéger le terrain par un mur de clôture.

C. Biens meubles et matériels

1. Prévisions

Les responsables d'une C/S doivent procéder chaque année à leurs prévisions en matériel d'administration et d'intendance, mais aussi en matériel technique. Ces prévisions doivent parvenir à la DPS avant la fin du mois de mai de chaque année.

Il existe deux groupes de matériel :

Le matériel d'administration et d'intendance ;

- matériel de literie et couchage,
- matériel de cuisine et buanderie,
- matériel d'exploitation,
- matériel et mobilier de bureau.

Le matériel technique :

- matériel médico-technique,
- matériel médico-hospitalier.

2. Acquisition

2.1. L'achat

C'est le mode normal d'acquisition du matériel destiné à la C/S. La DPS centralise les commandes des différentes formations pour lancer des appels d'offres.

2.2. Inscription au cahier d'inventaire

2.2.1. Matériel ne devant pas être inscrit

- Matériel fongible : il faut distinguer deux grandes catégories de biens meubles : les fongibles ou consommables ne doivent pas être inscrits à l'inventaire.

- Immeuble par destination : les objets mobiliers acquis pour être installés définitivement dans un immeuble, tels que lavabo, chauffe-eau, siège de W.C., etc., ne sont pas inscrits au cahier d'inventaire ;
- Les pièces de rechange : toute pièce ou partie de pièce acquise pour la réparation d'un matériel qui constitue un meuble ou immeuble ne doit pas être inscrit à l'inventaire ;
- Matériel d'une valeur inférieure à 10 dirhams : tout objet mobilier, même non fongible, dont la valeur est inférieure à 10 dirhams ne doit pas être inscrit à l'inventaire.

2.2.2. Documents nécessaires à l'inscription

- Bon de livraison ou facture : pour tout objet acheté, l'original du bon de livraison ou une copie de la facture doivent être la base de l'inscription du matériel ;
- Attestation de don : en cas d'offre, une attestation de don doit être conservée soigneusement par le bureau du matériel (SAE provincial) ;
- Bulletin de cession : un matériel jugé superflu ou inutile dans un service peut être cédé à un autre service qui en a besoin.

Inscription proprement dite

a) Matériel non fongible ; inscription sur le cahier d'inventaire et Inscription sur la fiche de stock.

b) Produits fongibles ; leur inscription se fait sur un registre appelé livre de main-courante qui doit contenir dans une partie les entrées et les sorties et dans une autre partie les valeurs.

3. Les dons

Les dons peuvent être faits à la C/S. Cependant, aucun don ne peut être accepté qu'après autorisation de la Délégation provinciale de la Santé.

Les dons reçus, qui ne doivent jamais être en espèces, doivent obligatoirement faire l'objet d'une main-courante où doivent apparaître clairement les entrées et les sorties.

Le matériel reçu dans ce cadre doit forcément être inscrit au registre d'inventaire et recevoir un numéro. L'origine doit obligatoirement y être mentionnée.

4. La conservation

Le médecin-chef et l'infirmier-chef de la C/S sont responsables de la bonne conservation du matériel. La perte ou la détérioration d'un matériel doivent être justifiées par un rapport signé conjointement par ces deux responsables.

5. La mutation

La mutation d'un matériel d'une formation à une autre de la C/S doit faire l'objet d'un bulletin de cession et de la mise à jour du livre d'inventaire ; le bureau provincial du matériel doit en être informé.

6. Opération de maintenance

6.1. Types d'intervention

- Les opérations préventives : vérification régulière et périodique du fonctionnement de l'appareil ;
- Les réparations : intervention d'un technicien de l'Administration, ou, dans le cas échéant, des entreprises de maintenances.

6.2. Contrats de maintenance

- Le marché-cadre ;
- Le contrat annuel de maintenance : national, régional et provincial.

7. La radiation

La radiation représente l'étape finale du processus de gestion et l'exploitation des biens meubles.

7.1. Les motifs de radiation

Matériel devenu définitivement inutilisable :

- après une longue durée d'utilisation normale ;
- à cause d'une défaillance irréparable ;
- pour indisponibilité totale des pièces de rechange ou de consommables.

7.2. Méthodes de radiation

7.2.1. Pour les fongibles

La radiation des articles fongibles se fait selon les étapes suivantes :

- ❖ **Recensement des articles**

Des listes détaillées des articles ayant fait l'objet de péremption, disparition, perte ou cession doivent être établies en quantités et en valeurs.

❖ **Procès-verbal (PV) de la commission de constat**

Une commission doit être constituée pour la constatation de l'objet et du motif de sa radiation. Elle est composée des membres suivants :

- Le médecin chef de la formation ;
- Le chef du Service Administratif et Economique de la délégation (SAE) ;
- Le responsable du bureau du matériel ;
- Un représentant du délégué.

❖ **Destruction ou transformation**

7.2.2. Pour le matériel et le mobilier

La radiation du matériel non fongible obéit, selon le motif, aux règles suivantes :

- La réforme :

La réforme représente le motif le plus courant qui consiste à mettre fin à l'exploitation du matériel devenu définitivement inutilisable. Les étapes suivantes doivent être respectées :

❖ **Le recensement**

Le matériel proposé à la réforme doit être identifié, recensé et regroupé au niveau du bureau du matériel.

❖ **L'intervention de la Direction des domaines**

Une liste détaillée concernant le matériel destiné à la réforme doit être adressée à la circonscription domaniale dont relève la délégation. Cette liste doit faire ressortir les indications suivantes :

- la désignation précise du matériel ;
- le numéro d'inventaire de chaque article ;
- l'état du matériel ;
- les pièces manquantes ;
- la proposition de vente aux enchères des articles ayant une valeur.

D. Moyens de mobilité

1. Affectation

Les moyens de mobilité sont affectés par note de la DPS, cette note précise le service affectataire et les agents responsables de l'entretien du véhicule ou du vélo. Chaque véhicule est accompagné d'une fiche dans laquelle figure la liste des accessoires.

2. Utilisation

L'utilisation d'un véhicule est obligatoirement faite pour les besoins du service. Certains actes sont donc nécessaires.

2.1. Un ordre de mission

L'ordre de mission d'un véhicule est normalement établi par la personne ayant reçu, par arrêté ministériel, délégation pour donner des missions aux personnes de la province. Pratiquement, la note d'affectation du véhicule à la C/S suppose qu'une délégation soit accordée au MC pour signer des ordres de mission. L'ordre de mission pour conduire un véhicule est établi pour un fonctionnaire du même département (MS), un agent mis à la disposition de la C/S ou agissant pour son compte. En cas de transport de personnes, celles-ci doivent être nommément mentionnées.

2.2. Feuille de circulation et de renseignement

A chaque fin de mois, l'utilisateur de véhicule remplit une fiche de circulation, celle-ci est transmise au service central avec les souches bleues du carnet SNTL justifiant le carburant consommé.

2.3. Carnet de bord

Chaque véhicule dispose d'un carnet de bord. Celui-ci indique tous les mouvements du véhicule, le nom du conducteur, le kilométrage et l'objet de la mission. Le carnet de bord doit être rempli avec soin et peut être réclamé par la police ou la gendarmerie pour contrôle.

2.4. Carnet SNTL

Il porte le même numéro que le véhicule, et il est nécessaire pour le règlement de ses dépenses (carburant et entretien préventif : huile, filtre…) ; au dos de la souche sont collées les vignettes dont la valeur doit être égale au montant de la commande inscrite sur le bon.

3. Accident

En cas d'accident, la DPS doit être alertée immédiatement. Le document dit «déclaration d'accident» doit être utilisé et rempli en 4 exemplaires.

4. Entretien et réparation

L’entretien d’un véhicule incombe à son utilisateur alors que la réparation, pour le moment est toujours faite au niveau de la DPS.

5. Gestion des vignettes SNTL

Les vignettes SNTL doivent faire l’objet d’une comptabilité. Toute perte doit être justifiée par un état dont une copie est envoyée au service central.

6. Réforme

Un véhicule dont l’état ne présente plus les conditions minimum de sécurité est proposé à la réforme. Après l’accord du service central, il ne doit y être apporté aucun changement.

La gestion du système d'information sanitaire

A. Les objectifs du système d'information

Le Système d'Information Sanitaire est le processus de recueil de l'information sanitaire au niveau local, provincial, régional et central du système de soins, sa compilation, son traitement par la production de résultats et enfin sa transmission vers des organismes habilités à la prise de décision.

Son importance est de suivre l'évolution de la santé des populations et de comparer la santé des populations au sein du pays et entre pays dans le temps et dans l'espace.

Les Systèmes Nationaux d'Information Sanitaire (SNIS) permettent aux décideurs de jouer un rôle d'encadrement et de gestion plus efficace, en fournissant des renseignements utiles au coût le plus bas possible.

Les objectifs d'un système d'information sanitaire :

- répondre aux objectifs de santé publique clairement définis et quantifiés ;
- produire et diffuser des informations utilisables par les décideurs, les professionnels de santé et la population ;
- coordonner les sources et la qualité de l'information ;
- assurer en termes de suivi, d'évaluation et de planification le système de santé.

B. Sources et supports d'information

La principale source d'information du SNIS est l'établissement sanitaire. Les données sont enregistrées quotidiennement sur les registres, les fiches journalières, le dossier médical du patient et le carnet de santé de la mère et de l'enfant. Ces données sont agrégées régulièrement (mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement) et ensuite envoyées au niveau hiérarchique, une copie est gardée localement.

Ainsi, les données de routine collectées dans le cadre du SNIS sont issues des différents supports de collecte d'informations utilisées par chaque programme sanitaire (annexe n° 8).

C. Circuit de l'information

1. Collecte, exploitation et transmission de données

Le Système d'information sanitaire (SIS) fait partie intégrante du système de santé et s'inscrit logiquement dans la démarche naturelle de la structure pyramidale de ce dernier.

Ainsi, la collecte des informations doit répondre aux besoins informationnels exprimés par tous les niveaux de la pyramide sanitaire et s'adapter aux nouvelles organisations des services et au paquet de services de soins offerts dans les ESSP.

Les données sont recueillies quotidiennement dans les structures de soins. Périodiquement, ces données sont compilées et vérifiées via les supports d'information utilisés par les programmes de santé. Les procédures prévoient ensuite la remontée des données vers les niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire et la diffusion des résultats d'analyse.

Ainsi, la transmission des données se fait du niveau local, au niveau provincial, puis régional et national. Au niveau des établissements sanitaires, les données recueillies quotidiennement sur les registres et les fiches journalières alimentent, après compilation, le rapport mensuel des programmes. Chaque Circonscription Sanitaire compile ses informations sanitaires pour avoir un seul rapport mensuel envoyé au niveau provincial puis régional et national.

2. Utilisation de l'information

Dans un SIS, les informations doivent d'abord permettre une utilisation sur place, là où l'information est recueillie.

Au niveau opérationnel, le personnel doit être formé pour interpréter les tableaux de bord, pour suivre les activités et savoir quelle décision prendre pour améliorer les indicateurs de production.

D. Les fonctions des supports d'information

Les supports d'information devraient être élaborés de façon à remplir deux fonctions :

- "opérationnelle", dans le sens d'assurer la continuité de l'information pour la prise en charge continue de l'individu toute sa vie.
- "d'évaluation", dans le sens de fournir les informations nécessaires pour évaluer la qualité des soins et éventuellement d'estimer l'importance de certains problèmes.

Le support de base essentiel est la "fiche de synthèse" appelée encore "dossier continu du malade" ou "dossier unique" qui rassemble l'ensemble des informations d'un individu tout au long de sa vie et qui est conservée au niveau du centre de santé.

Cependant, un certain nombre d'épisodes nécessitent le recueil d'une grande quantité d'informations qui encombreraient la fiche de synthèse. Aussi est-il utile de créer ce que l'on appelle une "fiche opérationnelle" de façon à dégager la fiche de synthèse d'une quantité d'informations qui n'auront plus de valeur lorsque l'épisode sera terminé.

Les autres outils sont :

- le dossier de santé de famille pour rassembler les fiches de synthèse d'une même famille et connaître mieux l'environnement familial ;
- les documents de transfert qui servent à transmettre les informations de l'individu d'une formation sanitaire à l'autre.



Chapitre VII :

Méthodes et outils de suivi et d'évaluation

Objectif général

Renforcer les compétences des professionnels de santé des C/S en matière de méthodes et d'outils de suivi et évaluation des activités, des plans d'action et des programmes de santé.

Objectifs spécifiques

- Évaluer les réalisations des programmes de santé.
- Élaborer des tableaux de bord.
- S'approprier la démarche de supervision des activités.

A. Définition des concepts

1. Le suivi

Le suivi de l'exécution est probablement la tâche la plus importante du responsable de programme. Ce dernier mesure les progrès réalisés dans l'exécution des activités du projet en fonction des effets prévus et choisit les différentes méthodes de suivi.

Le suivi de l'exécution est basé sur une planification appropriée. Il sert également de point de départ à l'évaluation.

2. L'évaluation

L'évaluation est une opération sélective qui vise à apprécier systématiquement et de manière objective les progrès dans la réalisation d'un effet de santé souhaité.

L'évaluation, c'est :

- une réflexion sur l'action et un moyen systématique de tirer des leçons de l'expérience ;
- mieux comprendre afin de mieux agir
- informer, juger, aider à réorienter en donnant un regard de rétroaction ;
- un produit des connaissances sur lesquelles on applique un jugement pour prendre des décisions ;
- identifier ce qui est satisfaisant pour le maintenir et ce qui ne l'est pas pour l'améliorer.

Selon Matillon (1996), l'approche traditionnelle de l'évaluation permet :

- d'évaluer **la pertinence** de l'action, le lien entre les besoins identifiés et les objectifs proposés ;
- d'évaluer **la cohérence**, lien entre les composantes du programme ;
- d'évaluer **l'efficacité**, relations entre les objectifs et les résultats obtenus ;
- d'évaluer **l'efficience**, relation entre les ressources et les résultats obtenus ;
- d'évaluer **l'impact**, effets autres que ceux observés sur la population-cible.

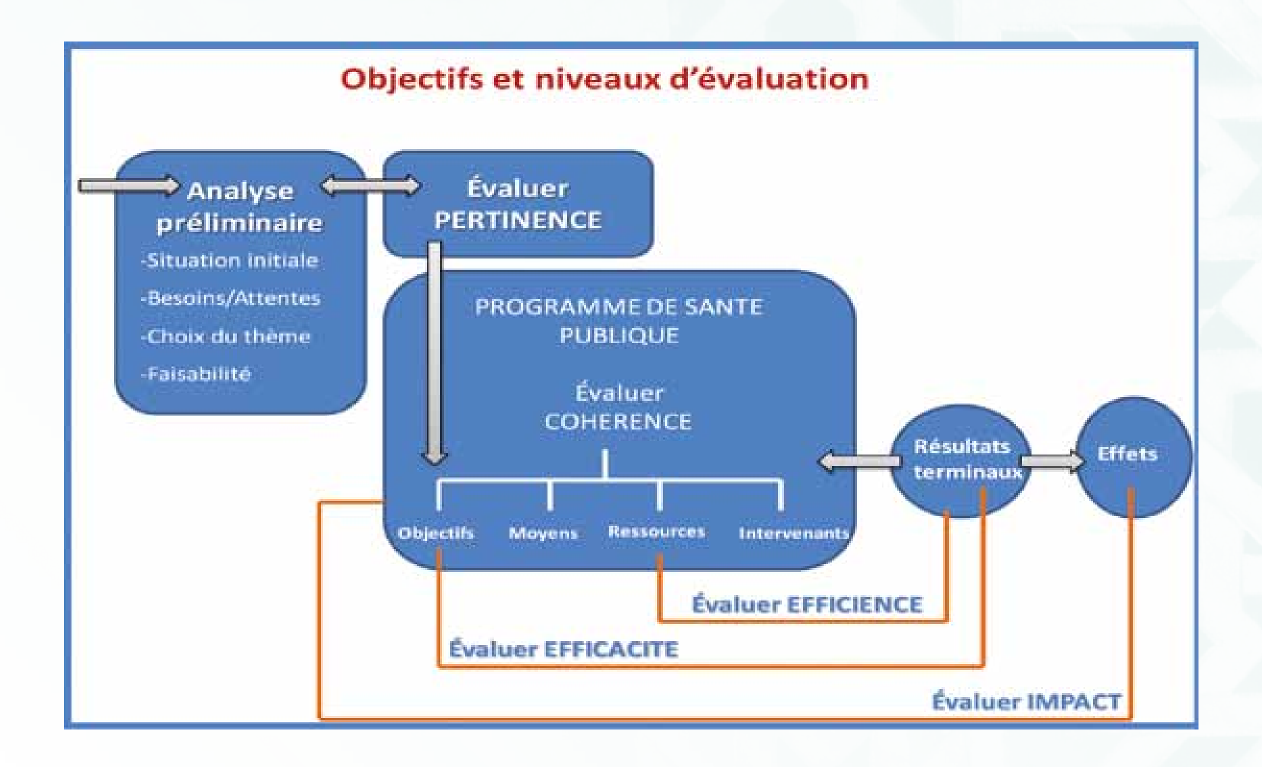
Renaud (1998) parle de plusieurs niveaux d'évaluation :

- **les inputs** sont les activités mises en place les réactions des acteurs : méthodes, ressources, performances, communication et comités de pilotage ou d'organisation ;
- **les processus :** conditions de mise en œuvre du programme et d'atteinte des populations cibles ;
- **les résultats :** les outputs sont les effets immédiats, comportementaux et environnementaux ;
- **les effets :** les outputs sont les objectifs de santé et les bénéfices sociaux qui peuvent découler de l'action.

3. Les normes

Les normes proposées pour chaque secteur d'activité peuvent être :

- **les critères :** les références ont été déclinées en critères d'évaluation selon les différents niveaux et soulignant les moyens ou les éléments plus précis permettant de satisfaire les références d'accréditation ; les critères sont structurés selon un cadre où chacun reflète une dimension de la qualité de manière à constituer un guide pour le processus d'amélioration de la qualité et aider les établissements à organiser leurs activités ;
- **les normes :** elles sont des valeurs acceptables, attendues ou «standards» ; exemples : chaque commune doit être desservie au moins par un CSC, 4 CPN durant la grossesse.



B. Les indicateurs : définition, typologie et méthodes de sélection

1. Définition

Les indicateurs de santé peuvent servir à documenter les politiques en matière de santé, à gérer le système de santé et à affiner notre vision commune des déterminants globaux de la santé.

Nombreuses sont les significations attribuées au concept indicateur.

- **Selon l'OMS**, les indicateurs sont définis comme des «variables aidant à mesurer les changements». On les utilise surtout lorsque ces changements ne peuvent être mesurés directement ;
- **Selon l'ONU**, les indicateurs sont des «variables qui aident à mesurer les changements intervenus dans une situation donnée. Ce sont des moyens de suivre et d'évaluer les effets d'une activité».

On déduit de ces définitions les informations suivantes :

- un indicateur est une mesure reflétant une situation, un état ou l'évolution d'un phénomène, d'une activité ou d'un programme ;
- un indicateur doit nécessairement être accompagné d'une norme d'interprétation ou d'une base de comparaison ;
- un indicateur est un outil de mesure des performances et des résultats ;

- un indicateur est un outil d'évaluation et d'aide à la décision grâce auquel on va pouvoir mesurer de façon objective une activité, à un instant donné et dans un espace quelconque.

2. Typologie et classification des indicateurs

Il existe plusieurs types d'indicateur :

- direct vs indirect ;
- simple vs composé ;
- quantitatif vs qualitatifs ;
- par niveau systémique ;
- par niveau de performance ;
- par dimension de la qualité ;
- les indicateurs de desserte.

❖ Par niveau systémique

- **Les indicateurs d'activités :** ils mesurent une production. Par exemple : le nombre d'accouchements, CPN, CC.
- **Les indicateurs de ressources :** ils représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients.
- **Les indicateurs de processus :** ils renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées lors des différentes tâches ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activités concernés.
- **Les indicateurs de résultats :** ils peuvent être soit des indicateurs de résultats négatifs, tels que la morbidité ou la mortalité soit des indicateurs de résultats positifs tels que la satisfaction des usagers.
- **Les indicateurs de productivité ou d'efficience :** ils mesurent la relation entre les ressources utilisées et le résultat obtenu, par exemple, le nombre de CC/méd ou le nombre d'accouchements/SF.

❖ Par dimension de la qualité

L'indicateur peut aussi s'intéresser aux différentes **dimensions de la qualité**. :

- **un indicateur d'efficacité** exprime le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés ;
- **un indicateur d'efficience** exprime le rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre ;

- **un indicateur de disponibilité** exprime le rapport entre les ressources et les besoins des usagers au regard des objectifs et/ou références ;
- **un indicateur d'accessibilité** définit le rapport entre la quantité de services et les besoins des usagers. La disponibilité est souvent utilisée comme indicateur de l'accessibilité: on suppose que si des ressources sont disponibles, alors les services sont accessibles ;
- **un indicateur d'utilisation** définit une interaction entre deux comportements, celui de l'individu (bénéficiaire) qui entreprend une démarche de recours aux soins et celui du professionnel de la santé qui dirige le malade dans le système de soins. L'utilisation du service est l'existence d'un contact réel entre la population cible et le service. Il est mesuré par le pourcentage de la population-cible ayant utilisé au moins une fois le service.

❖ Autres types d'indicateur

- **Les indicateurs quantitatifs** mesurent une quantité pouvant faire l'objet d'un énoncé statistique, par exemple : pourcentage de la population-cible atteinte par la campagne de vaccination, incidence de paludisme, nombre de participants à un cours de formation.
- **Les indicateurs qualitatifs** jugement et perception, fondé pour l'essentiel sur une analyse objective, par exemple : qualité des soins antituberculeux reçus par les patients dans les CS, niveau de satisfaction des clientes de la PF.
- **Les indicateurs proxy :** quantitatifs ou qualitatifs, ils ne sont pas une mesure directe du résultat énoncé, mais une mesure indirecte de la situation, par exemple: taux d'alphabétisation comme indicateur de la qualité du système d'éducation, mortalité maternelle comme indicateur de la qualité des services de santé.

❖ Caractéristiques des indicateurs

Le choix des indicateurs se fait en fonction des objectifs fixés et de la spécificité de la zone d'intervention. Un indicateur doit avoir les caractéristiques suivantes :

- **simple,** donc facile à utiliser : sa structure est légère, ses procédures de recueil des données et de circulation de l'information sont rapides et standardisées ;
- **acceptable :** simple, opérationnel et crédible ;
- **valide :** il doit refléter ce qu'il est censé mesurer, c.à.d. fournir les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi ;
- **sensible :** il doit être apte à varier beaucoup et rapidement lorsqu'apparaissent des variations, même de faible amplitude, du phénomène étudié ;
- **spécifique :** il ne doit varier que si le phénomène à l'étude subit des modifications.

C. Performance et monitoring

La performance (rendement) peut être définie par un ensemble de mesures permettant de se prononcer sur les relations entre les différents types de résultats et entre ces résultats et les moyens mis en œuvre.

Le monitoring de la performance est une technique de gestion utilisée au niveau des points de prestation des services. Celle-ci permet de détecter les forces et les faiblesses dans l'exécution des activités en vue d'augmenter la couverture grâce à l'analyse périodique des résultats par l'équipe du centre de santé et les représentants de la communauté.

Le monitoring de la performance s'effectue selon les étapes chronologiques suivantes :

- la sélection des activités essentielles à considérer dans l'exercice du monitoring ;
- la collecte systématique et continue des données relatives à ces activités ;
- l'organisation, l'analyse et l'interprétation des données ;
- l'utilisation des informations pour la prise de décision ;
- il s'assure que le programme progresse conformément aux objectifs fixés ;
- l'identification des vrais problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent et le choix des actions correctrices à mettre en œuvre ;
- l'intérêt porté aux problèmes opérationnels, au fonctionnement des services plutôt qu'à leur impact épidémiologique sur la communauté, qui ressort de la surveillance épidémiologique (veille sanitaire).

D. Méthodes de suivi-évaluation des programmes de santé

1. L'évaluation d'un programme de santé

C'est un processus d'analyse scientifique quantitative et qualitative de durée limitée qui vise à apprécier systématiquement et objectivement la pertinence, la performance et le succès du programme en cours ou achevé, ce qui permettra d'apprécier dans quelle mesure le programme a atteint son objectif, afin de maintenir et de consolider ce qui est satisfaisant et d'améliorer ce qui ne l'est pas.

2. Le suivi d'un programme de santé

C'est un processus continu de collecte et d'analyse des informations sanitaires pour apprécier comment un programme est mis en œuvre en regard avec des performances attendues.

- Pas de programme sans objectif ;
- Pas d'objectif sans indicateur ;
- Pas d'indicateur sans résultat prévu ;
- Pas d'évaluation sans analyse et interprétation de l'écart entre l'indicateur prévu et celui observé.

3. Démarche pratique de suivi-évaluation de la performance d'un programme de santé

Au niveau de la Circonscription Sanitaire, le suivi-évaluation des programmes de santé doit se faire de façon continue. Ce qui permettra de :

- s'assurer que le programme progresse conformément aux objectifs fixés ;
- d'identifier précocement les problèmes qui se posent avec la mise en œuvre du programme et de choisir les actions correctrices convenables ;
- consolider et améliorer les compétences en gestion des programmes de santé.

Les étapes pratiques de la démarche

3.1. La revue des connaissances

Il est impératif avant de se lancer dans le processus de suivi-évaluation, de maîtriser les programmes à évaluer : leurs objectifs, leurs activités, leurs indicateurs, leurs systèmes d'information. On n'évalue pas ce que l'on ne connaît pas.

3.2. L'initiation

C'est la phase où on prend la décision d'évaluation, il ne faut jamais attendre la fin de l'année pour évaluer le bilan des réalisations des programmes sanitaires ; le suivi-évaluation doit être un processus continu tout au long de l'année.

3.3. Choisir le ou les critères d'évaluation

- ❖ Evaluation de la couverture du programme dans deux dimensions :
  - quantité : volume de la population cible couverte ;
  - qualité : caractéristiques de cette population ;
- ❖ Evaluation de l'efficacité :
  - appréciation des résultats observés en fonction des résultats escomptés.

- ❖ Evaluation de la qualité des services :
  - appréciation du processus de production selon des normes portant sur un ensemble d'attributs (normes établies dans les guides).
- ❖ Evaluation de l'équité dans l'accès aux services, distribution des ressources, état de santé :
  - taux d'utilisation des services par secteurs de la C/S ;
  - répartition des médicaments entre les secteurs de la C/S ;
  - couverture par vaccination et CPN entre les secteurs de la C/S.

3.4. Identifier la méthode de suivi-évaluation

De façon pratique, au niveau d'une Circonscription Sanitaire l'évaluation doit être axée sur :

- l'analyse des indicateurs des programmes sanitaires par rapport aux objectifs ;
- l'analyse de l'évolution des indicateurs dans le temps sur au moins les cinq dernières années ;
- l'analyse de l'évolution des indicateurs dans l'espace à travers la comparaison entre les différents secteurs sanitaires ;
- l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités du plan d'action annuel.

En outre, on ne peut pas évaluer l'ensemble des programmes avec l'ensemble des indicateurs en même temps ; il faut procéder à la sélection des programmes en fonction du contexte et du profil épidémiologique de la C/S, ainsi que du choix d'indicateurs clés.

3.5. Identifier qui évalue et qui est évalué

L'évaluation ne doit pas être une activité faite par une personne externe, un expert ou, dans la plupart des cas, un supérieur hiérarchique qui vont contrôler le processus et les résultats sans interaction avec le personnel du service évalué.

L'évaluation doit être un processus participatif, impliquant l'ensemble de l'équipe de la C/S, qui doit s'auto-évaluer en permanence en se posant toujours 3 grandes questions :

- ✓ ***qu'est ce que j'ai fait à mon niveau ?***
- ✓ ***à quel degré ai-je atteint l'objectif fixé ?***
- ✓ ***comment puis-je améliorer mon travail pour atteindre l'objectif fixé ?***

L'évaluation doit être centrée sur les performances et non sur les individus.

3.6. Identifier les mécanismes et fixer le chronogramme

Le suivi-évaluation peut se faire à travers :

- la mise à jour et le suivi régulier du tableau de bord de la C/S ;
- des visites régulières de supervision ;
- l'analyse régulière des différents rapports des programmes sanitaires ;
- des réunions régulières de bilan : c'est le moment-clé pour impliquer et motiver l'ensemble des professionnels de la C/S au moins chaque trimestre.

a) A la fin des premier et deuxième trimestres

- Analyser le bilan et s'assurer que la mise en œuvre des différentes activités programmées a été respectée, par exemple : le nombre de sorties de l'équipe mobile, sinon entreprendre des mesures correctives.
- Comparer les indicateurs des deux premiers trimestres de l'année en cours à ceux de la même période de l'année précédente.
- Planifier des activités spécifiques pour la période estivale.
- C'est l'occasion de discuter divers problèmes qui se posent dans chaque secteur.

b) A la fin du troisième trimestre

- C'est une réunion fondamentale qui permet d'avoir une image-clé de la probabilité d'atteinte des objectifs à travers l'analyse des réalisations des 9 premiers mois et de rattraper précocement avec le renforcement de la couverture sanitaire par mode mobile avant la saison hivernale. C'est une réunion de rattrapage.
- Elaborer des plans d'action spécifiques (par exemple, la lutte contre la vague de froid pour la saison hivernale en cours) après avoir évalué le plan d'action précédent.
- C'est également l'occasion de discuter des divers problèmes de chaque secteur.

c) A la fin de l'année

- C'est la réunion annuelle du bilan des réalisations des différents programmes et activités sanitaires. Cette réunion doit se faire en présence de l'ensemble des responsables des secteurs et d'une équipe du SIAAP.

3.7. Le schéma d'évaluation

Il s'agit de finaliser les modalités d'évaluation à travers le choix des programmes à évaluer, des techniques de recueil et d'analyse des données avec fixation d'un échéancier.

3.8. La collecte des données

Il s'agit de la phase de recueil des données, que ça soit à travers le système d'information déjà existant et mis à jour ou à travers la préparation d'un canevas de collecte des données.

3.9. L'analyse

- S'assurer de la fiabilité et la validité des données : erreurs de remplissage et de calcul, erreurs de saisie informatique, chiffres bizarres, données contradictoires, etc.
- Rassembler les données, les décrire à travers des représentations tabulaires : un tableau doit être compris sans l'aide du texte de fond. Le titre et les mots utilisés doivent être explicites.
- Faire des représentations graphiques :
  - ✓ le diagramme en bâtons et le diagramme en secteurs pour les variables qualitatives ou quantitatives discrètes (exemple : répartition des diabétiques pris en charge en année «X» par secteur, répartition de la population par rayon kilométrique) ;
  - ✓ la courbe ou l'histogramme pour les variables qualitatives continues et pour illustrer une évolution dans le temps (exemple : évolution de la CPN durant les cinq dernières années).
- Décrire les tableaux et les graphiques, comparer et commenter en posant toujours la question pourquoi :
  - ✓ pourquoi l'objectif n'a pas été atteint ?
  - ✓ pourquoi l'objectif a été atteint ?
  - ✓ pourquoi l'objectif a été dépassé ?
  - ✓ pourquoi existe-t-il une disparité entre les secteurs ?
  - ✓ pourquoi les réalisations stagnent-elles depuis l'année « X » ?
  - ✓ pourquoi note-t-on une nette amélioration ?
  - ✓ pourquoi note-t-on une régression de la performance ?
  - ✓ POURQUOI ?

3.10. Conclusions et recommandations

A la fin de l'évaluation et après discussion, des recommandations et des décisions se fondent sur les conclusions qui portent sur :

- les acquis à consolider ;
- les potentiels d'amélioration ;
- les orientations nouvelles à suivre, sans aller jusqu'à la programmation détaillée de nouveaux objectifs et tâches ;
- comment ces recommandations doivent être mises en œuvre, par qui et quand ?
- quelle suite à donner afin de s'assurer que les recommandations seront mises en œuvre ?

E. Valorisation de l'évaluation

Ses objectifs :

- que l'évaluation soit utilisée ;
- que les résultats et les recommandations soient mieux connus et pris en considération ;
- mobiliser tous les professionnels de santé et tous les acteurs de la communauté.

La valorisation de l'évaluation passe par :

- la rédaction d'un rapport d'évaluation, ou bilan, qui met d'abord l'accent sur les points forts et qui, ensuite, souligne ce qu'il faudra améliorer, voire modifier ;
- La documentation par la rédaction d'un livrable contenant :
  - l'introduction ,
  - le contexte de la C/S : données monographiques ,
  - l'exposé méthodologique ,
  - l'analyse des données ,
  - les conclusions et recommandations.

F. Conception et présentation des tableaux de bord

1. Définition du tableau de bord

- ensemble organisé d'indicateurs renseignés périodiquement ;
- outil de synthèse qui permet une visualisation des situations décrites et des constats effectués par les indicateurs ;
- support de communication sur une situation qui est aussi une aide à la prise de décision ;
- outil de pilotage et de compte-rendu permettant à l'équipe de réagir en temps réel par rapport à un objectif clairement fixé.

2. Les fonctions du tableau de bord

- informer sur l'évolution et les tendances des performances ;
- analyser les écarts et les tendances ;
- suivre les réalisations afin de corriger ;
- prendre des décisions et faire prendre des décisions.

3. Types et approches du tableau de bord (TdB) :

- TdB de gestion d'une structure ou de pilotage d'un plan d'action ;
- TdB par niveaux : d'un secteur, d'un CSC, d'une C/S, d'une province ;
- TdB global d'une structure ou spécifique par programme ;
- TdB global pour la gestion d'une structure ou par domaine de gestion, etc.

Le tableau de bord de la Circonscription Sanitaire doit contenir une agrégation de la population et des ressources de l'ensemble des secteurs, avec la répartition par secteur et le suivi des réalisations par secteur.

4. Présentation du tableau de bord

❖ **Caractéristiques :**

- présentation claire, synthétique, information facile à lire ;
- regroupement des indicateurs en fonction de leurs facteurs de corrélation ;
- production des commentaires à l'appui du tableau de bord.

❖ **Plusieurs types de présentation :**

- en affichage (avec graphiques, tableaux, cartes…) ;
- en documents (tableaux et/ou graphiques avec analyse et commentaires) ;
- en fichiers informatiques.

5. Approche méthodologique : organisation en fonction des objectifs/références

Afin de concevoir un TdB, plusieurs étapes sont nécessaires :

- établir des objectifs clairs, connus et mesurables ;
- pour chacun de ces objectifs, on liste les indicateurs s'y rapportant en distinguant les indicateurs qui mesurent l'efficacité, la qualité et l'équité ;
- formaliser les indicateurs dans un tableau de bord et s'assurer de la clarté du document ;
- suivre l'évolution des principaux indicateurs pour les cinq dernières années ;
- visualiser le bilan des réalisations de l'année précédente ;
- suivre et comparer les réalisations mensuelles et/ou trimestrielles pour l'année en cours par programme et activité en rapportant une valeur de référence, l'objectif, l'écart et l'analyse de l'écart.

G. La supervision

La supervision est une fonction des plus importantes du management qui permet l'encadrement du personnel. La qualité du travail fourni est liée à la qualité de la supervision.

La supervision des gestionnaires de santé permet de s'assurer de la compréhension des instructions et de l'exécution efficace des tâches (Flahaut et al., 1988 ; Wollast et al., 1993).

La supervision est une formation continue fournie au personnel par l'équipe cadre du district (Mercenier, 1988).

Le contrôle cible l'utilisation des ressources matérielles, par contre **la supervision** cible plus les ressources humaines. La supervision va pouvoir aider le supervisé à améliorer son comportement professionnel et son rendement (savoir ce qui ne va pas et chercher pourquoi).

La supervision doit être programmée et suffisamment fréquente pour réaliser les objectifs suivants :

- identifier à temps les problèmes et les dysfonctionnements ;
- analyser la performance et déterminer les besoins de soutien du personnel ;
- dynamiser les actions entreprises sur le terrain ;
- former en cours de travail ;
- conseiller et corriger sur les lieux les anomalies constatées ;
- s'assurer de l'exécution effective des directives.

LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE DE SUPERVISION

1. Évaluation des performances :

- recherche des causes éventuelles si les performances sont faibles ;
- discussion des résultats avec l'équipe ;
- solutions recherchées avec les personnes concernées.

2. Examen des documents:

- enregistrement systématique des données nécessaires ;
- calcul exact des indicateurs ;
- bonne utilisation des critères.

3. Observation clinique :

- tâches accomplies selon les normes ;
- compréhension et respect des directives ;
- prise en charge des problèmes de santé ;

- identification des nouveaux problèmes (formation de l'équipe) ;
- distribution des tâches selon les compétences ;
- identification des incidents critiques.

4. Contrôle des stocks et matériels :

- disponibilité de tous les médicaments essentiels (stocks) ;
- conditions de stockage adéquates ;
- état des produits (péremption) ;
- disponibilité, accessibilité, fonctionnalité, entretien, maintenance des équipements.

5. Organisation du travail :

- emploi du temps ;
- répartition des tâches ;
- circuit des usagers.

6. Discussion des résultats :

- regrouper les incompréhensions communes ;
- aider le personnel à s'exprimer.

7. Recherche de solutions en commun :

- expérience du supervisé ;
- le superviseur ne détient pas toute la vérité.

8. Documentation et traçabilité de la supervision :

Le superviseur doit être capable de réaliser les tâches suivantes :

- planification et programmation du travail ;
- monitorage et évaluation des performances ;
- monitorage de l'amélioration de la qualité ;
- proposition de changement pour améliorer les performances ;
- monitoring et gestion de l'utilisation des ressources ;
- élaboration des rapports ;
- formation ;
- délégation des tâches ;
- motivation ;
- constitution d'équipes.

Chapitre VIII :

Mobilisation de l'environnement externe de la CS en faveur de la sante

Objectif général

Etre capable de mobiliser les différents acteurs externes de la C/S en faveur de la santé.

Objectifs spécifiques

- Identifier les différents acteurs potentiels au niveau de l'aire géographique de la C/S.
- Connaître les différentes méthodes et outils de mobilisation.

Le projet de communication de la circonscription sanitaire

A. Introduction

Toute organisation a besoin de communiquer aussi bien en interne (ce sont les échanges avec ses membres et entre ceux-ci) qu'en externe (avec son environnement).

On désigne par communication institutionnelle toute action de communication qu'entreprend une institution en direction d'un public interne ou externe et visant à atteindre des buts qui lui sont favorables : son image, sa mission, ses valeurs, ses activités, ses produits ou réalisations, etc.

Ainsi, le projet de communication de la Circonscription Sanitaire permettra de :

- bâtir un capital-confiance et un capital-sympathie ;
- faire en sorte que la C/S soit comprise, soutenue et défendue en cas de crise ;

- favoriser l'esprit de corps, la cohésion interne, le partage de valeurs communes aux membres de la C/S (voire une culture commune), la motivation des membres, leur accès à l'information et leur participation à la circulation de l'information ;
- contribuer à la mobilisation de ressources auprès des autorités, des bailleurs de fonds ou de la communauté.

La mise en place d'un projet de communication est une démarche qui doit obéir à un processus précis. Le respect de ces étapes est important pour la maîtrise de la communication.

B. Diagnostic de la communication de la Circonscription Sanitaire

Cette étape vise à établir un diagnostic de tous les aspects de la communication interne et externe. Cet inventaire comporte des éléments tant quantitatifs (les canaux et moyens) que qualitatifs (la valeur des messages, leur pertinence, leur compréhensibilité…).

Qui ?

- Qui sont les principaux communicateurs au sein de la C/S ?
- Via quels réseaux la communication se déroule-t-elle ?

A qui ?

- A quels groupes-cibles la communication s'adresse-t-elle ?
- A-t-on pu atteindre tous les groupes-cibles ?

Quoi ?

- Quels messages sont-ils transmis ?
- Les messages sont-ils cohérents et clairs ?
- Comment sont-ils compris/interprétés par les groupes-cibles ?

Pourquoi ?

- Quels sont les résultats escomptés de la communication ?
- Dans quelle mesure vous avez atteint les résultats escomptés ?

Comment ?

- Quels canaux de communication sont utilisés pour atteindre les groupes-cibles ?
- Les moyens de communication sont-ils appropriés pour transmettre le message ?

Combien ?

- Quels sont les moyens (moyens techniques et personnel) mis en œuvre pour les différentes actions de communication ?

Quand ?

- Quand et dans quel contexte y a-t-il communication ?
- Quelle est la fréquence de la communication ?
- Communique-t-on quand c'est nécessaire ?
- Y a-t-il trop ou peu de communication ?

C. Plan de communication

1. Formulation des objectifs stratégiques de communication

Il s'agit de formuler des objectifs qui relèvent du domaine de la communication et qui permettent d'atteindre l'objectif stratégique de la C/S.

Par exemple : créer une image positive de la C/S auprès de la communauté afin de tendre vers une C/S ouverte et transparente.

2. Planification des objectifs opérationnels et des actions de communication

Pour chaque objectif stratégique de la communication, il faut formuler un ou plusieurs objectifs opérationnels.

Ensuite, pour chaque objectif opérationnel, définissez des actions de communication et déterminez pour chacune d'elles les messages, les publics-cibles, les moyens, le calendrier ainsi que les indicateurs de mesure.

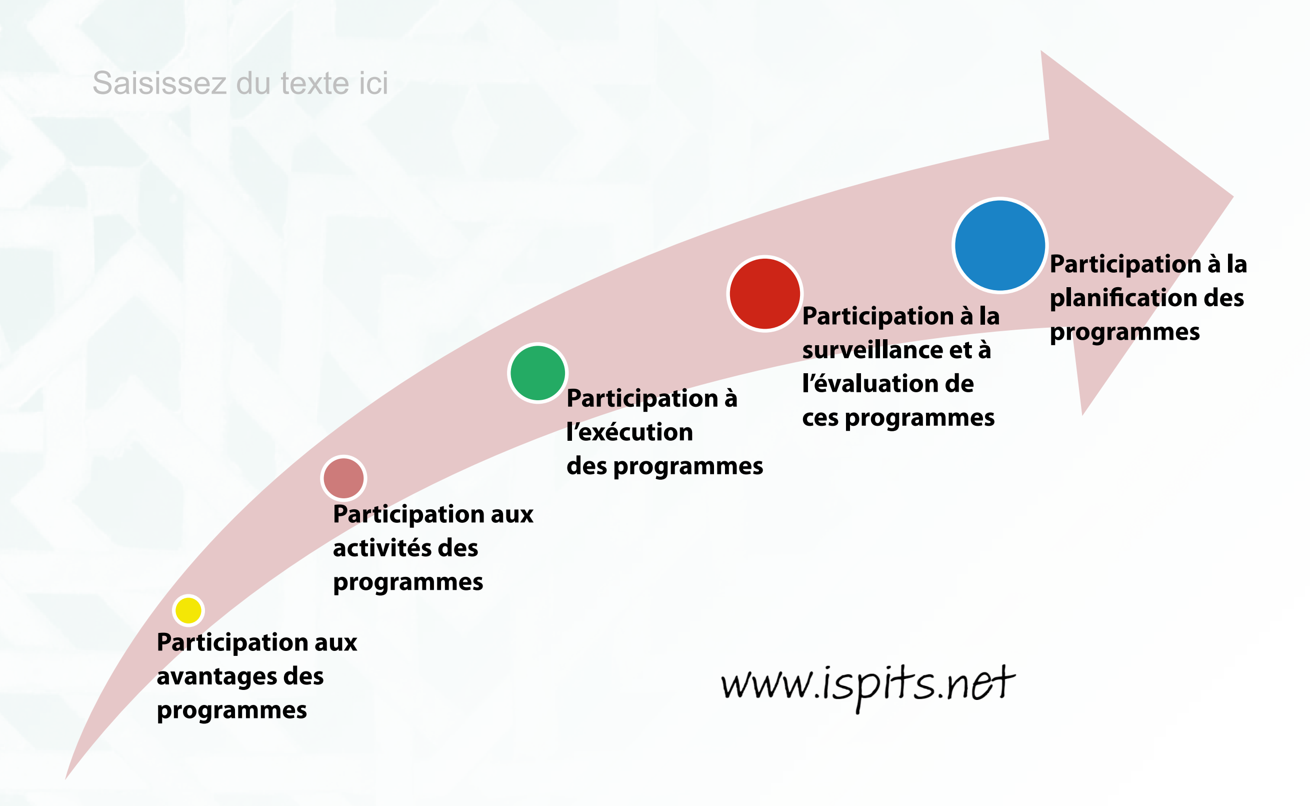
La participation communautaire

A. La participation communautaire

Selon Rifkin et al. (1988), la participation communautaire est définie comme étant «un processus social où des groupes définis qui partagent les mêmes besoins et qui vivent dans une région géographique circonscrite poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à leurs besoins».

Il existe cinq niveaux de participation selon le degré d'implication de la communauté :

Niveaux de participation

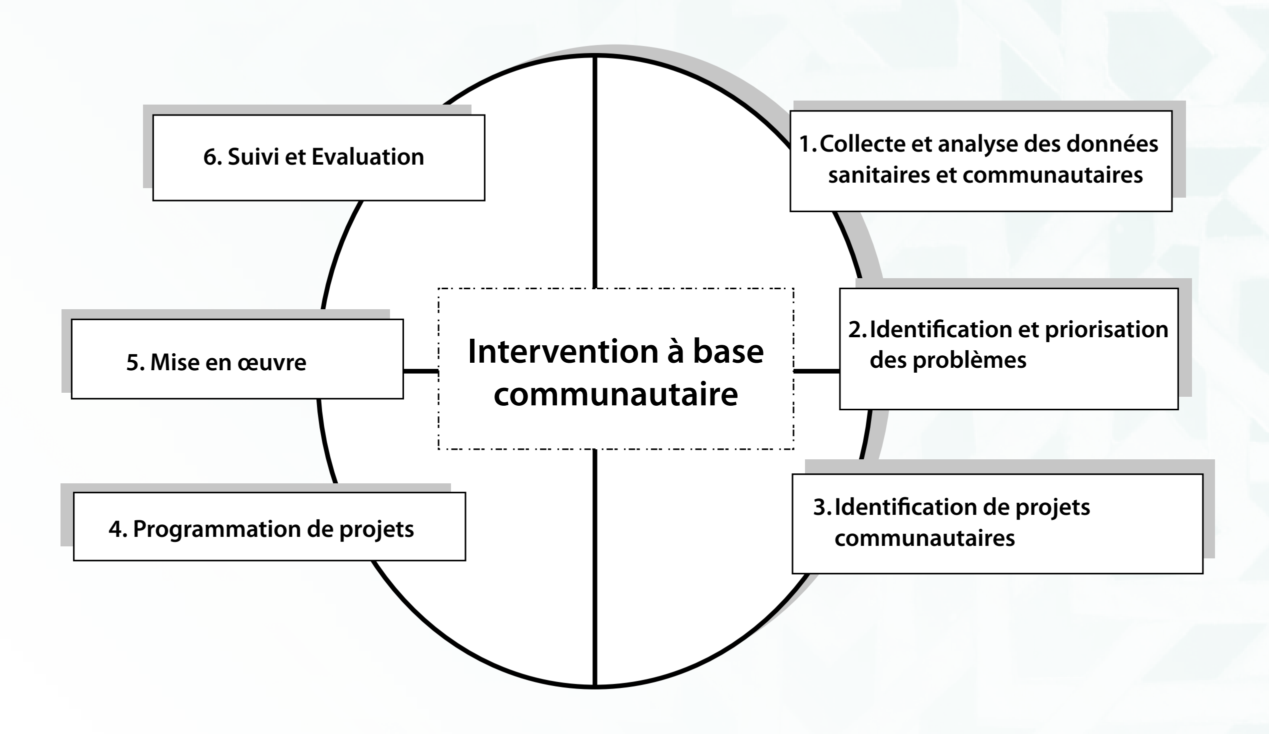


B. Les étapes d'implantation des interventions a base communautaire (IBC)

L'action communautaire comporte six étapes :

1. la collecte et l'analyse des données sanitaires et communautaires ;
2. l'identification et la priorisation des problèmes ;
3. l'identification du projet communautaire ;
4. la programmation du projet ;
5. la mise en œuvre ;
6. le suivi et l'évaluation.

Etapes d'implantation des IBC



C. Les clés de reussite de l'action communautaire

1. Leadership

2. Volontariat

L'équipe de gestion de la participation communautaire doit être constituée par des partenaires (Santé et autres) volontaires et motivés pour mener le projet vers les résultats attendus.

3. Partenariat et engagement des parties prenantes

L'engagement des parties prenantes peut être traduit par une série d'activités dont l'objectif est de participer à la prise de décision et à la gestion de l'intervention.

4. Accompagnement des équipes du projet

Pour assurer la réussite et la pérennité d'une action communautaire, il est nécessaire d'accompagner les équipes à différents niveaux.

Les différents aspects de l'accompagnement concernent la sensibilisation, la formation, les réunions de suivi et les visites de supervision.

E. Communication, plaidoyer et mobilisation sociale

Il est d'une importance primordiale d'entreprendre des actions de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale aux différentes étapes de la planification et de la mise en œuvre du projet. Cette démarche cible :

- le système de santé ;
- les partenaires ;
- la population.

Les bénéfices qui peuvent être tirés sont :

- la prise de conscience des problèmes et des solutions de la part de la communauté et des partenaires ;
- la mobilisation des fonds pour la réalisation du projet ;
- la garantie des conditions optimales pour la réussite du projet ;
- l'opportunité de faire bénéficier d'autres communautés des expériences acquises.

A cet égard, tout projet doit être accompagné d'un plan de communication comprenant :

- les objectifs de la communication ;
- le public-cible pour chaque activité de communication ;
- les thèmes à diffuser ;
- les canaux et les supports des différents messages ;
- les responsables ;
- l'échéancier.

Quelques approches communautaires de santé à base communautaire

- *Approche communautaire basée sur les personnes relais communautaires*
- *SAMU obstétrical rural (SAMU-OR)*
- *Education parentale*
- *Dar Al Oumouma (DAO)*

La démarche de plaidoyer

1. Définition

Le plaidoyer consiste à exercer une influence sur les mécanismes de prise de décision dans

le but d'obtenir un changement. Il s'agit d'un processus délibéré impliquant des actions planifiées intentionnelles et méthodiques, et qui entend modifier une politique ou une pratique et provoque, par conséquent, des changements.

Le plaidoyer cible les organismes, les institutions ou les individus responsables de l'élaboration d'actions publiques.

En soins de santé primaires, le plaidoyer devrait être un outil pour exprimer les droits les plus fondamentaux de toute entité à faire entendre ses opinions et à défendre son droit à la santé. Le plaidoyer bien mené devrait favoriser également un climat de confiance, de réconciliation et de coopération.

2. Processus d'une démarche de plaidoyer

2.1. Identification du problème

La démarche de plaidoyer débute toujours par le constat d'un problème dont la solution se trouve en dehors de votre sphère d'action. Il s'agit donc de mobiliser des acteurs externes pour mettre en place les solutions. Il est important de définir clairement le problème que vous désirez régler; cela va vous permettre de déterminer les facteurs qui ont entraîné la question de santé publique ou qui en sont la cause et de fixer ainsi les buts et objectifs de votre démarche de plaidoyer.

Les questions suivantes peuvent vous aider à mieux cerner le problème afin de déterminer si une démarche de plaidoyer est la meilleure stratégie pour l'appréhender.

- La question correspond-elle aux valeurs et à la mission de votre organisme ?
- Relève-t-elle du domaine de la santé publique ?
- Quelle est l'ampleur du problème ? Une intervention d'urgence est-elle nécessaire ?
- Votre organisme peut-il apporter quelque chose d'important et de particulier à cette question?
- Le public et les décideurs la comprennent-ils facilement ?
- Existe-t-il de bonnes données sur la question ?
- Entraînera-t-elle une véritable amélioration de la vie des gens ?

2.2. La formulation de votre position

Un énoncé de position explique, justifie ou recommande une opinion ou une prise de position particulière sur une question.

Un énoncé de position devrait inclure les éléments suivants : une explication de la question ou du problème; une explication de la pertinence de la question pour la santé au niveau de votre Circonscription Sanitaire et un aperçu du genre de mesures qui pourraient être prises.

2.3. Définir les buts et les objectifs

Un but de plaidoyer est semblable à une vision : il décrit ce que vous aimeriez accomplir à long terme au sujet de cette question. Vous devrez ensuite répartir ce but en objectifs à court terme. Ces objectifs correspondent aux changements précis que vous souhaitez apporter en cours de route pour arriver à votre but.

2.4. Evaluation des opportunités et des risques

Cette étape est importante, car elle permet de déterminer si vous avez la capacité à vous engager dans la démarche de plaidoyer.

Les questions suivantes peuvent vous guider dans l'évaluation des opportunités et les risques inhérents à la démarche de plaidoyer.

- À quel point cette question est-elle litigieuse ou controversée ? Est-elle controversée sur le plan politique ?
- Savez-vous clairement la quantité de temps et d'effort que vous êtes prêt à investir dans cette question ?
- Votre position sera-t-elle jugée partiale ?
- Y aura-t-il des répercussions sur la réputation ou la crédibilité de votre organisme ?
- Avez-vous évalué les conséquences imprévues possibles ?

2.5. Identification des intervenants sur la question et leur opinion

Cette étape consiste à repérer les intervenants qui influencent le problème que vous voulez régler. Il s'agit en effet de déterminer les décideurs à persuader, vos alliés potentiels et, enfin, les personnes ou les structures qui pourraient s'opposer à votre démarche.

Les questions suivantes peuvent vous faciliter cette étape :

- Qui d'autre s'occupe de cette question et pourrait exercer une certaine influence ?
- Qui profitera du règlement de ce problème ? Comment pouvez-vous en obtenir l'appui ?
- Qui pourrait en subir les effets négatifs ? Qui pourrait s'opposer à votre point de vue sur cette question et pourquoi ? Comment réagirez-vous à cette opposition ?
- Quels sont vos alliés au gouvernement ou dans l'administration relativement à cette question ? Dans la collectivité ? À l'échelle nationale ? Au niveau international ?
- Pouvez-vous collaborer avec d'autres organismes ou d'autres personnes pour appuyer votre démarche ?

3. Les approches de plaidoyer à utiliser

Le but de cette étape est de choisir des voies et des moyens de communication par lesquels vous tenterez de persuader les acteurs relatifs à votre question de plaidoyer.

En général, une démarche de plaidoyer s'appuie sur les approches suivantes : la prise de contact et l'implication des décideurs, la création de coalitions et la mobilisation de la collectivité, le plaidoyer par l'entremise des médias et l'utilisation des recherches et des données scientifiques appuyant votre position.

3.1. L'implication des décideurs

Pour l'implication des décideurs, il est nécessaire de vous préparer en répondant aux questions suivantes.

- Quels sont les décideurs ouverts aux idées et aux critiques constructives ?
- Est-il facile d'avoir accès aux politiciens ?
- Quel est l'avis des principaux intervenants de l'administration sur votre question ? La jugent-ils importante ou non ?
- Comment la question peut-elle être importante politiquement ?
- Quelle sera l'incidence sur votre question (par exemple, les politiques économiques ou financières) ?
- Quelles lois et politiques existent et supportent sur votre question ?
- Quelles ententes internationales ou nationales peuvent avoir une incidence sur votre question ?

3.2. La création de coalitions

Les questions de santé publique peuvent impliquer plusieurs intervenants qui peuvent agir sur la question par le biais d'une coalition. Ainsi, toute démarche de plaidoyer devrait commencer par déterminer les éventuels membres de la coalition capables de définir un consensus sur les buts de la coalition, de préparer un plan d'action initial en définissant les rôles et responsabilités de chaque membre de la coalition.

3.3. La collaboration avec les médias

Les médias peuvent constituer un vecteur important grâce auquel votre question et votre point de vue seront transmis dans le domaine public.

Plusieurs procédés peuvent être utilisés : communiqué, article d'opinion, lettre à la rédaction, conférence de presse, participation à des émissions…

3.4. La formulation de messages-clés

La formulation de messages-clés est une étape primordiale pour mettre en exergue la question posée par votre démarche de plaidoyer. Il faut s'assurer que les messages mettent l'accent sur les liens entre la décision que vous attendez et la question de santé publique que vous défendez. La description des solutions que vous proposez doit être simple, vous devez aussi mettre l'accent sur les signes dans la communauté indiquant qu'un changement est requis et souhaité.

Vos messages doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- **concis :** évitez le jargon et les abréviations ;
- **actifs :** employez des phrases actives ;
- **positifs :** parlez de ce que vous pouvez faire et non de ce que vous ne pouvez pas faire ;
- **précis :** concentrez-vous sur un défi et un auditoire particuliers ;
- **crédibles :** donnez des exemples ou des preuves pour étayer vos propos.

4. Le plan d'action

Maintenant que vous connaissez vos buts et vos objectifs, de même que l'approche ou les approches que vous voulez adopter, il faut élaborer un plan d'action réunissant tous ces éléments et précisant clairement les mesures que vous prendrez. La démarche de plaidoyer est un projet à part entière, sa réussite sera déterminée par votre capacité à être méthodique dans la planification des différentes étapes de votre démarche.

Le partenariat

A. Définition

On définit un partenariat comme une relation dans laquelle au moins deux parties ayant des objectifs compatibles s'entendent pour réaliser ensemble une action.

Le partenariat suppose le partage des ressources, du travail, des risques, des responsabilités, de la prise de décisions, des pouvoirs, des avantages et des fardeaux. Il doit ajouter de la valeur aux situations, aux services et aux produits respectifs de chaque partenaire.

B. Processus de mise en œuvre du partenariat

On peut diviser le processus de partenariat en 3 stades : l'élaboration initiale, la réalisation et l'évaluation.

1. Première étape : l'élaboration initiale

1.1. La vision : créer une vision commune de l'avenir.

Une vision est une image que l'on se fait de l'avenir idéal en pensant aux réalisations potentielles du partenariat.

1.2. Les objectifs : déterminer les résultats souhaités du partenariat.

Les objectifs sont des énoncés d'intention clairs et faciles à comprendre qui combleront l'écart entre la situation actuelle et la vision. Les objectifs répondent à la question : comment transformer la vision en réalité ?

1.3. Le diagnostic : évaluer la situation actuelle.

Le fait de savoir quelles sont les forces, les faiblesses, les possibilités et les obstacles peut servir à donner une image plus claire de la situation actuelle.

1.4. L'engagement : confirmer le désir de collaborer et de comprendre la situation.

Un engagement suppose que l'on convienne de travailler ensemble. Le fait de définir la vision et les objectifs établit le travail à accomplir. À ce moment-ci, il est important de confirmer l'adhésion des membres et leur engagement envers le partenariat.

1.5. Les répercussions : déterminer l'incidence du partenariat et les questions juridiques possibles : un accord clair = un partenariat réussi.

Le partenariat peut être :

- non contractuel : aucune ressource n'est transférée entre les partenaires ;
- soit contractuel : des ressources sont transférées d'un partenaire à l'autre.

Il est nécessaire de faire valider tous ces éléments par la hiérarchie, car le partenariat engage le Ministère de la Santé.

2. Deuxième étape : la réalisation du partenariat

2.1. Le Plan d'Action (PA)

Déterminer les étapes nécessaires pour atteindre les objectifs du partenariat : les PA décrivent des actions concrètes que l'on doit engager pour chacun des objectifs du partenariat.

Les plans d'action doivent englober ce qui doit être fait, par qui, comment et quand, de même que les exigences de contrôle et d'évaluation.

2.2. Les ressources

Déterminer les ressources nécessaires et la façon de les obtenir.

Un plan des ressources doit indiquer les besoins en ressources physiques, financières et humaines du partenariat.

2.3. Les rôles et les responsabilités

Déterminer qui fera quoi ?

Les rôles et les responsabilités portent sur la question de savoir qui fera quoi pour l'exploitation générale du partenariat.

Tous les partenariats doivent disposer d'une structure et de processus qui aident à déterminer plus clairement les responsabilités, les tâches et la manière dont elles seront exécutées.

3. Troisième étape : l'évaluation et les orientations futures

3.1. L'évaluation

L'évaluation est une étape du partenariat qui permet de juger de ses progrès et de mesurer la réussite de ses activités.

Il faut penser à intégrer des indicateurs de suivi-évaluation aux objectifs.

3.2. Les orientations futures

Déterminer les prochaines étapes. Il est bon d'examiner la situation actuelle et les résultats du partenariat pour déterminer l'orientation des activités futures.

La création et la gestion continue du partenariat sont un processus dynamique. Chaque année, il est préférable d'examiner trois questions importantes :

- **Qu'avons-nous accompli au cours de la dernière année ?**
- **Que voulons-nous accomplir au cours de la prochaine année ?**
- **Devons-nous améliorer les processus ou tout autre élément que nous avons mis en place ?**

ANNEXES

Monographie de la Circonscription Sanitaire

C'est un document de référence (carte d'identité de la C/S dans une perspective historique, socio-économique et spatiale) qui permet de mieux connaître le territoire d'intervention (son fonctionnement, ses contraintes, ses ressources, ses besoins et ses priorités d'agir) afin d'établir un véritable diagnostic et de disposer d'un document de communication permettant de rapprocher les différents acteurs de la communauté les uns les autres afin de faire la promotion de partenariat efficace et durable.

I. Données générales

Région : ………………………………………………………….. Province : ……………………..……..……..……….

CS :……………………………………………….………… ESSP : ………………..……....……………..…………

1. Caractéristiques géo-climatiques :

- limites administratives superficie, densité
- risques naturels :
  - tremblement de terre :
  - glissement de terrain :
  - vague de froid :

Commune	Localité	Population	Piste accès impraticable pendant l'hiver	Distance en kilomètres au CS médicalisé le plus proche	Distance en kilomètres à l'hôpital le plus proche

- routes et accès :
    - route goudronnée :
    - piste :
- alimentation en eau potable :
- branchement à l'électricité :
- accès aux moyens de communication :

2. Environnement :

- pollution :
- assainissement de base :
    - réseau d'assainissement :
    - fosses septiques, latrines :
- logement :
- les systèmes de transport :
- les événements et festivités :

3. Caractéristiques démographiques :

- population totale :
    - urbain :
    - rural :
- population cible :

Tranche d'âge	Masculin	Féminin	Total
Naissances attendues			
Moyenne de BCG durant les 3 dernières années			
Enfants âgés de 0 à 11 mois			
Enfants âgés de 12 à 23 mois			
Enfants âgés de moins de 5 ans			
Femmes âgées de 15 à 49 ans			
FMAR			
Elèves-cible par VMS			

- taux d'accroissement démographique :
- taux de natalité :
- taux de mortalité générale :
- taux d'accroissement démographique :
- flux migratoire :
- répartition de la population par rayon kilométrique :

Population	Inf. à 3 km	3-6 km	Plus de 6 km

4. Caractéristiques socio-économiques :

- taux de chômage :
- taux de pauvreté :
- taux de Vulnérabilité :
- taux d'alphabétisation :
- activités économiques prédominantes :
- taux de scolarisation :

5. Données communautaires :

- identification des ONG nationales et internationales qui œuvrent dans le domaine de santé :
- nombre de partenariats établis :

II. Offre de soins

1. Infrastructures :

ESSB fonctionnels					ESSB non fonctionnels				
CSU	CSUA	CSC	CSCA	DR	CSU	CSUA	CSC	CSCA	DR

- logements de fonction :
- offre de soins privés :

2. Ressources humaines :

- médecins généralistes :
- infirmiers polyvalents :
- sages-femmes :
- techniciens d'hygiène :
- autres :

3. Equipements :

- échographes :
- autoclaves :
- tables chauffantes :
- sources d'O2 :
- lits au niveau des MA :
- mini-analyseurs :
- autres :

4. Moyens de mobilité :

	Santé	Commune	Association	Privé
Ambulances				
VTT				

5. indicateurs de desserte :

- habitants/ESSP :
- habitants/médecin :
- habitants/infirmier :
- naissances attendues/sage-femme :

III. État de santé de la population

1. Données sur la mortalité :

- ortalité générale :
- mortalité maternelle :
- mortalité néonatale :
- mortalité infantile :
- causes du décès :

2. Données sur la morbidité :

- maladies et infirmités les plus fréquentes :
- données sur les facteurs de risque :
- passé épidémiologique :

3. Performances (les 5 dernières années) :

- taux d'utilisation de la consultation médicale :
- taux de recrutement par le BCG :
- taux de couverture par le VAR :
- taux des naissances protégées :
- taux de couverture par Vit D2 :
- taux de couverture par Vit A3 :
- taux de couverture des élèves par la VMS :
- nombre total des cas de diarrhée :
- nombre total des cas d'IRA :
- prévalence contraceptive :
- taux de recrutement en PF :
- prévalence des méthodes de longue durée :
- taux de recrutement en CPN :
- taux d'accouchement en milieu surveillé :
- taux de couverture par la consultation post-natale :
- incidence cumulée de la tuberculose toutes formes confondues :
- incidence cumulée de la tuberculose à microscopie positive :
- taux de réalisation du traitement des points d'eau :
- taux de réalisation des tests de chlore :
- taux de surveillance des gites :
- taux d'efficacité de la lutte anti-larvaire :
- nombre de cas de méningites :
- nombre de cas de fièvre thyroïde :
- nombre de cas de PFA :
- taux d'investigation autours des cas de fièvre éruptive :
- nombre de diabétiques suivis :
- nombre d'hypertendus suivis :

ANNEXE n° 1 : TGN : fiche technique

1) L'animateur formule l'objet de la réunion. Il doit expliquer aux participants pourquoi ils sont convoqués et l'importance de la réponse de chacun d'eux ainsi que les résultats escomptés.
2) Il présente la question qui doit être écrite et affichée en permanence.
3) Il laisse aux participants, généralement un groupe de 8 à 10 personnes, un temps de 5 à 10 minutes de réflexion pour réfléchir à leur réponse sans interruption et sans pression.
4) Il demande à chaque participant de donner au moins une réponse à tour de rôle, en un ou plusieurs tours successifs, ou encore par écrit. Plusieurs tours jusqu'à avoir enregistré toutes les idées qui doivent être enregistrées telles qu'elles sont présentées (avec les mêmes mots si possible) et sans qu'elles ne soient discutées.
5) Une fois les réponses épuisées il revoit avec le groupe les possibilités de regroupement des idées ou d'élimination d'autres après avoir clarifié chacune.
6) L'animateur assigne à chaque solution une lettre et s'assure que toutes les idées sont bien comprises.
7) Il demande aux participants de voter en classant, sur papier, les options par ordre d'importance. Plusieurs types de vote pondéré sont possibles ; le plus courant est de demander aux participants d'écrire sur une feuille les 5 idées considérées les plus importantes, en notant 5 la plus importante et 1 la moins importante.

Idées	Note
C	5 points
F	4 points
A	3 points
H	2 points
J	1 point

1) Ensuite, l'animateur compile les votes, qui demeurent anonymes, sur un tableau bien en vue et analyse le nombre de votes et le total des points reçus pour chaque idée.

Idées	Nombre de votes	Points	Total des points
A	5	1-3-3-1-2	10
B	0		0
C	3	2-2-2	6
D	7	2-3-4-5-3-1-3	21
…			
n	6	4-4-5-4-5-4	26

2) L'animateur place les options en ordre décroissant de votes, les idées retenues sont celles qui ont obtenu le plus de points et/ou les plus votées.

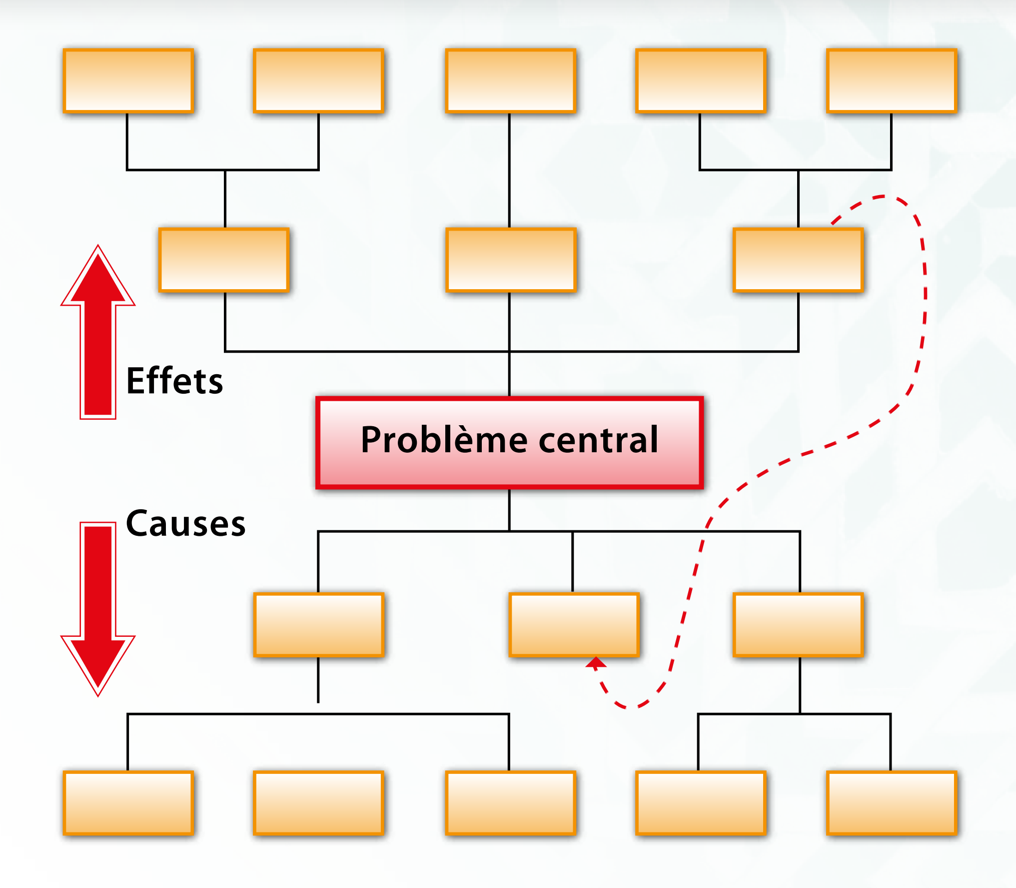
ANNEXE n° 2 : Grille de priorisation des problèmes

Problèmes	Gravité	Vulnérabilité	Fréquence	Urgence	Total
P1					
P2					
P3					
…					
Pn					

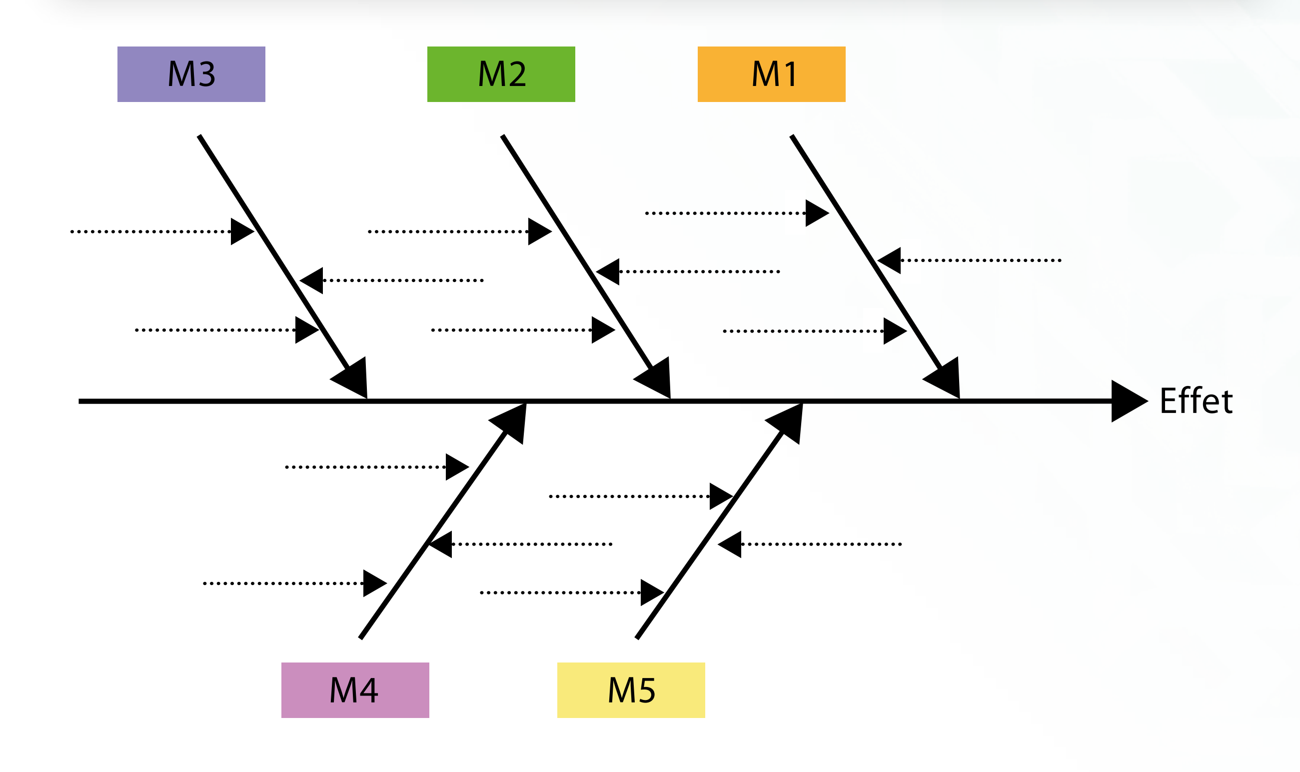
ANNEXE n° 3 : Tableau QQOQCP

Quoi	**De quoi s'agit-il ?**	
	Quel est l'état des lieux ?	
	Quelles sont les conséquences ?	
	Quel est le risque ?	
	………	
Qui	Qui est concerné ?	
	Qui est intéressé par le résultat ?	
	Qui est concerné par la mise en œuvre ?	
	………	
Où	Où cela se produit-il ?	
	Où le problème apparaît-il ? Dans quel lieu ?	
	………	
Quand	Depuis quand vous avez ce problème ?	
	Quand le problème a-t-il découvert ?	
	Quelle est sa fréquence ?	
	Quand s'est-il aggravé ?	
	………	
comment	Comment se produit le problème ?	
	Dans quelles conditions ou circonstances ?	
	Comment procède-t-on ?	
	Avec quelles méthodes, quels moyens ?	
	………	
Pourquoi	Pourquoi ça existe ?	
	Pourquoi ça continue ?	
	Pourquoi ça s'est aggravé ?	
	………	

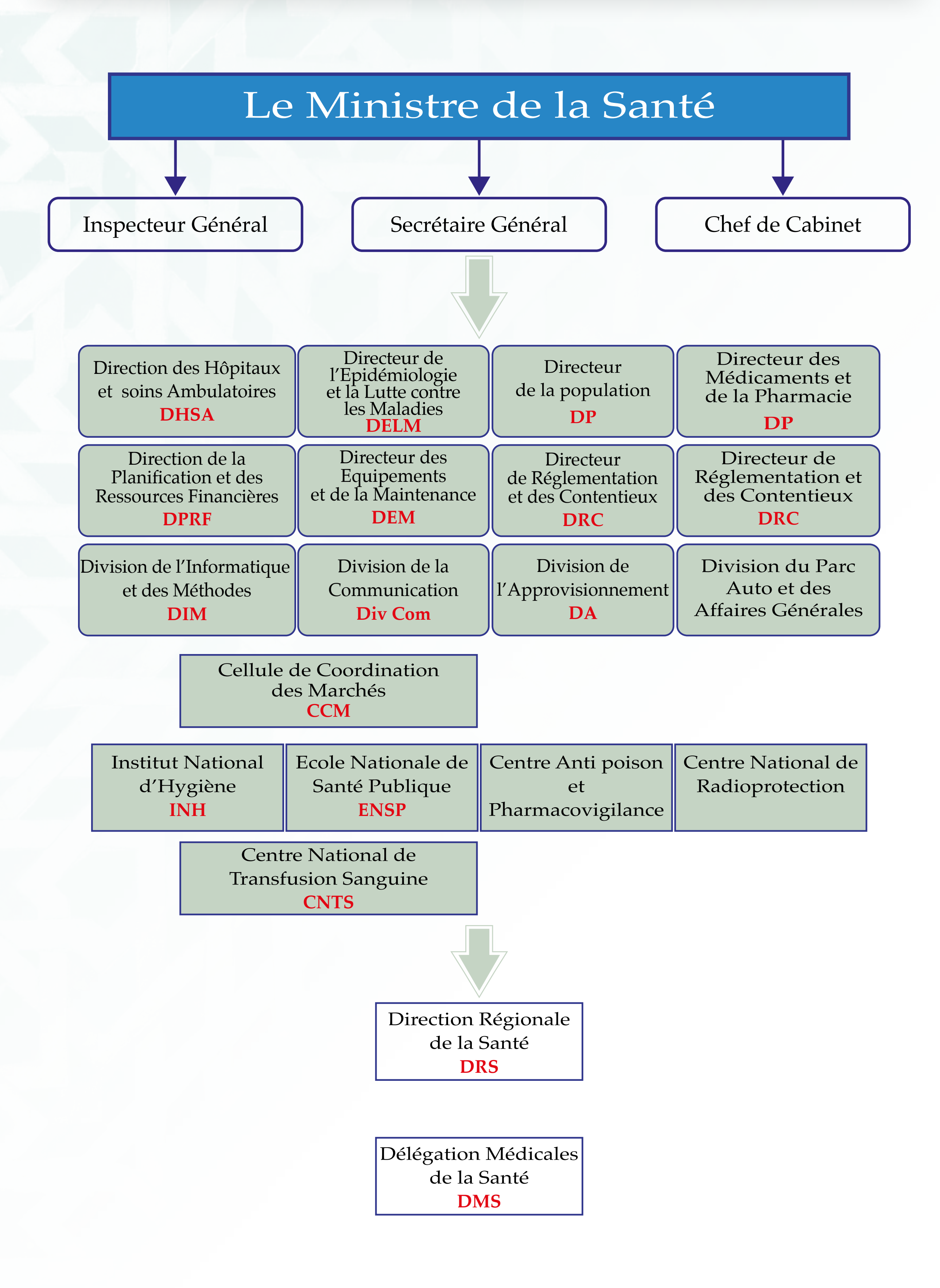
ANNEXE n° 4 : Arbre à problèmes

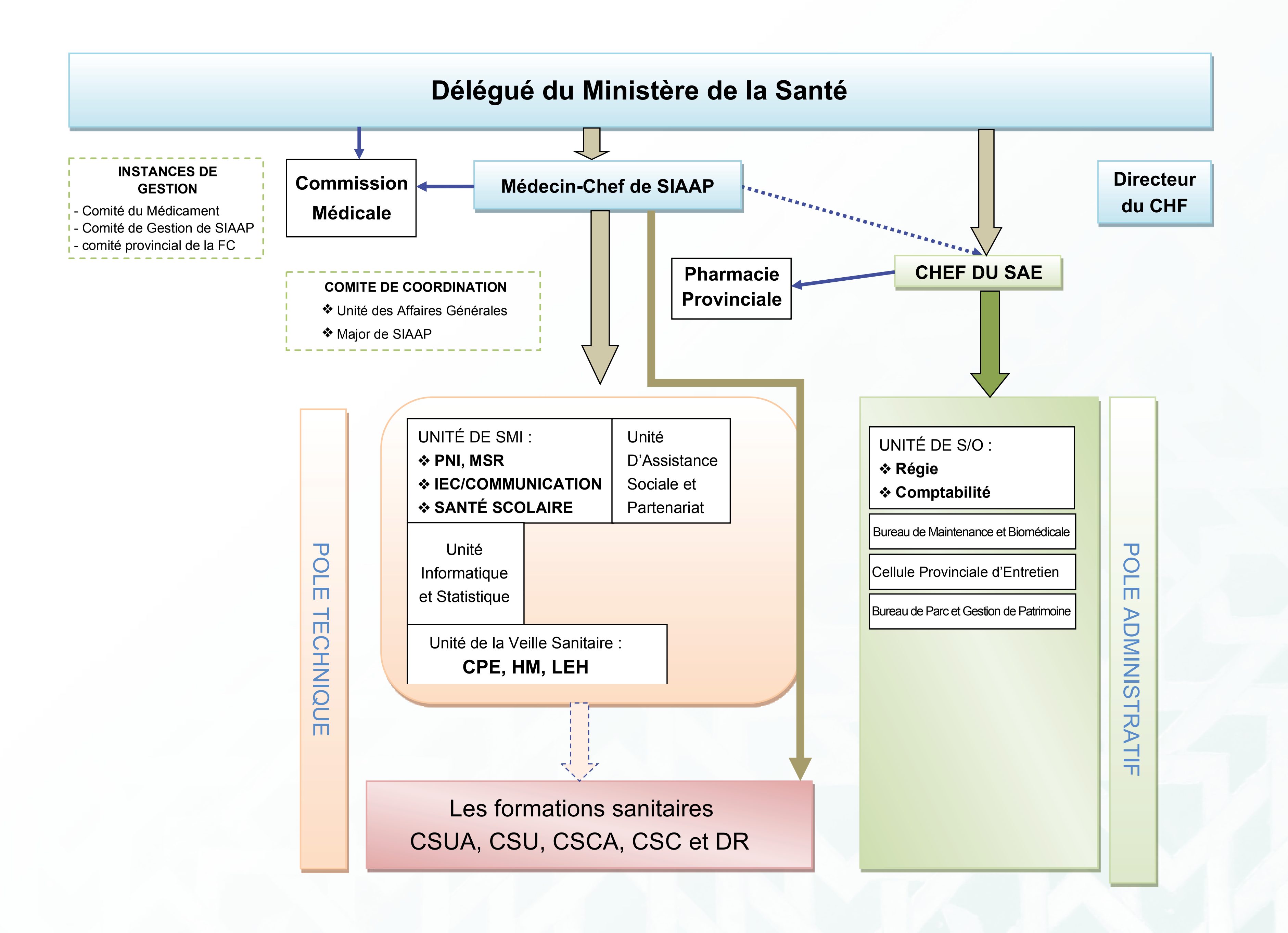


ANNEXE n° 5 : Diagramme d'Ishikawa



Annexes n° 6 et 7 : Organigramme du Ministère de la Santé





Délégué du Ministère de la Santé
INSTANCES DE GESTION
- Comité du Médicament
- Comité de Gestion de SIAAP
- comité provincial de la FC
Commission Médicale
Médecin-Chef de SIAAP
Directeur du CHF
COMITE DE COORDINATION
❖ Unité des Affaires Générales
❖ Major de SIAAP
Pharmacie Provinciale
CHEF DU SAE
POLE TECHNIQUE
UNITÉ DE SMI :
❖ PNI, MSR
❖ IEC/COMMUNICATION
❖ SANTÉ SCOLAIRE
Unité D'Assistance Sociale et Partenariat
Unité Informatique et Statistique
Unité de la Veille Sanitaire :
CPE, HM, LEH
Les formations sanitaires
CSUA, CSU, CSCA, CSC et DR
UNITÉ DE S/O :
❖ Régie
❖ Comptabilité
Bureau de Maintenance et Biomédicale
Cellule Provinciale d'Entretien
Bureau de Parc et Gestion de Patrimoine
POLE ADMINISTRATIF

Annexe n° 8 : Programmes de santé au Maroc

1. Programme national de lutte antituberculeuse
2. Programme de lutte contre les IST-SIDA
3. Programme national de lutte contre les maladies dermatologiques et la lèpre
4. Programme national de lutte contre la cécité
5. Programme de lutte anti-paludique
6. Programme national de lutte contre les leishmanioses
7. Programme de lutte contre la schistosomiase
8. Programme national de lutte contre l'hydatidose/echinococcose
9. Programme de lutte contre les vecteurs
10. Programme de l'hygiène alimentaire
11. Programme d'assainissement de base (contrôle sanitaire des eaux de boisson et de l'assainissement)
12. Programmes de lutte contre les maladies à potentiel épidémique :
    - les méningites ;
    - les maladies à transport hydrique et/ou alimentaire (typhoïde, hépatites virales épidémiques, Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC)...) ;
    - certaines zoonoses dont la rage, le charbon, la leptospirose et la brucellose.
13. Programme national de lutte contre les troubles dus à la carence en iode
14. Programme national de prévention et de lutte contre le cancer
15. Programme national de lutte contre le tabagisme
16. Programme national de santé mentale
17. Programme national de lutte contre la toxicomanie
18. Programme national de prévention et de lutte contre l'hypertension artérielle
19. Programme national de prévention et de Lutte contre le rhumatisme cardiaque
20. Programme national de prévention et de lutte contre le diabète
21. Programme national de santé bucco-dentaire
22. Programme de la réhabilitation

23. Programme de la gériatrie
24. Programme national de la santé des travailleurs
25. Stratégie nationale de prise en charge intégrée des femmes et des enfants victimes de violences
26. Programme national d'immunisation
27. Programme national de nutrition :
    - lutte contre la malnutrition protéino-énergétique ;
    - lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments ;
    - promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel.
28. Programme de prise en charge intégrée de l'enfant
29. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques
30. Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës
31. Programme national de la planification familiale
32. Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement
33. Programme de la santé des adolescents et des jeunes
34. Programme national de la santé scolaire et universitaire
35. Plan national de santé rurale
36. Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
37. Programme de surveillance épidémiologique
38. Système national de toxico-vigilance
39. Système national de pharmacovigilance

Avec l’appui de l’Agence Espagnole de Coopération Internationale au Développement et Medicus Mundi Andalucia dans le cadre du programme «Amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile au Maroc et Mauritanie à travers les secteurs d’infrastructures sociales et services (formation et appui à la société civile) 10-CO1-097»


DHSA
Direction des Hôpitaux
et des Soins Ambulatoires